Editor:
Agung Dwi Laksono
Rachmad A. Pua Geno

GUGUS OPINI kesehatan masyarakat 2

Agus Widjanarko
Yandrizal
Agus Samsudrajat S.
Budiono Darmadji
Ilham Akhsanu Ridlo
Hanifa Maher Denny
Oryz Setiawan
Purwo Setiyo Nugroho

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

PERSAKMI
Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia

GUGUS OPINI KESEHATAN MASYARAKAT #2

Agus Widjanarko
Yandrizal
Agus Samsudrajat S.
Budiono Darmadji
Ilham Akhsanu Ridlo
Hanifa Maher Denny
Oryz Setiawan
Purwo Setiyo Nugroho

Editor
Agung Dwi Laksono
Rachmad A. Pua Geno

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

PERSAKMI
Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia

GUGUS OPINI KESEHATAN MASYARAKAT #2

Penulis:
Agus Widjanarko, Yandrizal, Agus Samsudrajat S., Budiono Darmadji,
Ilham Akhsanu Ridlo, Hanifa Maher Denny, Oryz Setiawan,
Purwo Setiyo Nugroho

Editor:
Agung Dwi Laksono, Rachmad A. Pua Geno

Kerjasama antara:

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232
Email: healthadvocacy@information4u.com

dengan

Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI)
The Indonesian Public Health Union
Sekretariat:
Bagian PKIP FKM Universitas Diponegoro Semarang,
Jl. Prof. Soedarto, SH Tembalang Semarang Jawa Tengah. Tel./Fax. : 024-7460044/08122833901
Email: sekretariat.persakmi@gmail.com
Website: www.persakmi.or.id

Cetakan Pertama – November 2015
Penata Letak – ADL
Desain Sampul – ADL
ISBN: 978-602-17626-7-7

PENGANTAR KETUA UMUM
PERHIMPUNAN SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA

Assalamu'alaikum warohmatullahi wa barokatuh

Buku Gugus Opini Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia seri ke-dua ini terbit pada era generasi muda yang sedang giat-giatnya mengkampanyekan pola hidup sehat dan pembangunan berwawasan kesehatan. Tulisan-tulisan ini didasari pada kepedulian dan daya kritis anak bangsa, khususnya Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Para penulis adalah penggerak masa depan kesehatan masyarakat di Indonesia. Karya nyata anak bangsa yang berupa pemikiran-pemikiran sederhana dan praktis ini diharapkan akan mengantar penguatan gerak program dan paradigma sehat yang bertumpu pada kekuatan promotif dan preventif. Dengan demikian, upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan masyarakat akan lebih diperhitungkan sebagai penghematan belanja pemerintah. Aset sumber daya manusia yang sehat dan produktif adalah pengembalian investasi bangsa, untuk itulah slogan bahwa kita tidak boleh menunggu sampai sakit, tetapi lebih baik penyakit dan kecelakaan itu dicegah, sehingga status kesehatan dapat terus menerus ditingkatkan.

Selaku ketua umum Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia, saya sangat bangga membaca buku yang berasal dari kumpulan opini para SKM ini. Semoga buku

ini dapat bermanfaat dalam memotivasi semua pihak dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat.

Selamat kepada para penulis.

Wassalamu'alaikum warohmatullahi wa barokatuh

Semarang, 12 November 2015

Ketua Umum PERSAKMI

Hanifa Maher Denny, SKM., MPH., Ph.D.

PENGANTAR EDITOR

Semangat pagi!

Alhamdulillah, akhirnya buku "Gugus Opini Kesehatan Masyarakat #2" ini dapat juga terselesaikan dan sampai ke tangan pembaca. Buku ini merupakan seri lanjutan kumpulan opini sebelumnya, dengan penulis yang berbeda sama sekali.

Buku yang disusun sebagai bunga rampai gugus opini ini mencoba menyampaikan alternatif pemikiran dan *urun rembug* terhadap fenomena dan permasalahan yang terjadi dalam ranah kesehatan di republik ini. Uraian yang terkadang tidak melulu dalam sudut pandang kesehatan, tetapi lebih kepada pendekatan yang lebih utuh, lebih komprehensif, lebih sistemik, atau justru terkadang *nyleneh*, di luar arus pemikiran *mainstream* yang sudah ada sebelumnya.

Kebijakan pembangunan kesehatan yang akhir-akhir ini lebih banyak membahas JKN yang seringkali berorientasi pada ranah praktis kuratif, seringkali melupakan upaya preventif-promotif. Opini yang dilempar para penulis sungguh berupaya untuk mengembalikan arah pembangunan kesehatan ke arah yang benar, dan menjaganya agar selalu *on the right track*. Upaya yang dilakukan dengan selalu memprovokasi opini pada level publik.

Pada akhirnya kami menaruh harapan besar bahwa gugus opini ini mampu memberikan penyegaran pemahaman bagi semua pelaku pembangunan kesehatan

diIndonesia, terlebih lagi para pengambil kebijakan. Pemahaman bahwa *khittah* pembangunan kesehatan harus lebih menitikberatkan pada upaya preventif-promotif.

Banyak terima kasih kami sampaikan pada pihak-pihak yang turut andil mewujudkan buku ini. Terutama pada Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat (PERSAKMI) sebagai organisasi wadah perjuangan para penulis inibernaung. Terlebih pada republik ini yang menjadikan kami sebagai ponggawa-ponggawa yang bangga dengan negerinya.

Surabaya, 12 November 2015

Editor,

Agung Dwilaksono
Rachmad A. Pua Geno

DAFTAR ISI

PENGANTAR KETUA UMUM iii
PENGANTAR EDITOR v
DAFTAR ISI vii

PROLOG 1

1. Welcome to Public Health 2.0; 3
Modernisasi Gerakan Kesehatan Masyarakat di Era Web 2.0
Ilham Akhsanu Ridlo

KEBIJAKAN KESEHATAN 15

2. Pembangunan Kesehatan di Era Otonomi 17
Agus Widjanarko

3. Dinamika Politik Harus Membangun Kesehatan 23
Agus Samsudrajat S.

4. Kesehatan Masyarakat sebagai Komoditas Politik 29
Yandrizal

5. Jamu BKO Tak Cukup Di-*warning* 35
Budiono Darmadji

PARADIGMA SEHAT 41

6. Revitalisasi Paradigma Sehat 43
Agus Widjanarko

7. Cegah Sakit, Tetap Sehat dan Produktif 49
Oryz Setiawan

JAMINAN KESEHATAN 57
8. JKN Menafikan Misi Puskesmas 59
Agus Widjanarko
9. Mencermati Kartu Indonesia Sehat 65
Agus Widjanarko
10. **Miskin, Jaga Kesehatan** 71
Agus Widjanarko
11. Gotong Royong Jamkesda dan Jamkesprov 77
Yandrizal

PELAYANAN KESEHATAN 83
12. Pelayanan Gratis; Masalah dan Solusi 85
Yandrizal
13. Puskesmas dapat Efisiensikan Pelayanan 95
Yandrizal
14. Hadapi Banjir Rumah Sakit Asing 103
Budiono Darmadji

PENGENDALIAN TEMBAKAU 111
15. Rokok Mendut Piala Dunia 113
Agus Widjanarko
16. Dilema Tembakau 119
Agus Widjanarko
17. Sisi Lain Dilema Tembakau 125
Agus Widjanarko
18. Promosi Bahaya Merokok 131
Agus Widjanarko

19. Kesamaan Hak di Iklan Rokok 137
Agus Widjanarko
20. Bagi Hasil Cukai dan Perilaku Merokok 143
Agus Widjanarko
21. Belanja Rokok *vs* Bantuan untuk Maskin 149
Yandrizal
KESEHATAN KERJA 157
22. Komitmen Institusi Pendidikan dalam Penerapan Budaya K3 159
Hanifa Maher Denny
EPILOG 167
23. Memaknai #SKMuntukRepublik 169
Purwo Setiyo Nugroho & Agus Samsudrajat S.
24. 1001 Alasan #SKMbersatu 177
Agus Samsudrajat S.
TENTANG PENULIS 183

“Ini tugas berat... tentu saja!
Karena itulah kita ada...”

(ADL)

Prolog

Welcome to Public Health 2.0; Modernisasi Gerakan Kesehatan Masyarakat di Era Web 2.0

Ilham Akhsanu Ridlo

Pembelajaran tentang perilaku sehat dalam upaya peningkatan partisipasi rakyat terhadap konsep sehat selayaknya harus mengikuti pergeseran budaya dan modernisasi. Agar tidak terkesan gerakan ini 'termakan' jaman dan kalah telak oleh jaman itu sendiri.

Sebuah Alasan

Bolehlah kita mengalihkan sudut pandang kita dengan sedikit lebih percaya diri menganggap Indonesia

sebagai negara maju dan dengan rakyat yang berpendidikan tinggi seperti di Amerika. Sekali lagi ini pengalihan sudut pandang, tentunya kita tidak lupa oleh akar rumput di Indonesia yang jauh sekali dari negara adidaya, bahkan oleh negeri jiran kita. Itu problem bersama. Sekali lagi ini optimisme.

Inilah alasan penulis ketika pada tanggal 23 September 2011 *School of Public Health* Toronto mengadakan *The Public Health 2.0 Conference.* Cara ini penulis pandang sebagai langkah cerdas para pegiat kesehatan masyarakat di Amerika memetakan geliat perkembangan dunia teknologi terutama dunia internet (Web/Blog/Sosmed) yang sekarang tanpa batas. Kenapa?

Dalam perkembangannya dunia *public health* yang *old-school* harus dipaksa masuk kedalam era global. Sehingga keberadaan nya yang saya sebut *old-school* sudah sepantasnya berubah dalam pergerakannya. Cara yang mungkin saya kategorikan sebagai *old-school* adalah kampanye dan advokasi memakai cara yang konvensional misalnya penyuluhan langsung, media audio visual, dan advokasi melalui jalur baku legislatif. Itu semua menurut saya salah langkah baku atau dibilang "*basic*".

Nah, bagaimana munculnya era yang dinamakan PUBLIC HEALTH 2.0 adalah dimulainya pergeseran dalam penggunaan media web. Web yang dimaksud adalah web generasi kedua (Web 2.0). Web 2.0, adalah sebuah istilah

yang dicetuskan pertama kali oleh O'Reilly Media pada tahun 2003, dan dipopulerkan pada konferensi web 2.0 pertama di tahun 2004, merujuk pada generasi yang dirasakan sebagai generasi kedua layanan berbasis web—seperti situs jaringan sosial, wiki, perangkat komunikasi, dan folksonomi—yang menekankan pada kolaborasi *online* dan berbagi antar pengguna. O'Reilly Media, dengan kolaborasinya bersama Media Live International, menggunakan istilah ini sebagai judul untuk sejumlah seri konferensi, dan sejak 2004 beberapa pengembang dan pemasar telah mengadopsi ungkapan ini.

Walaupun kelihatannya istilah ini menunjukkan versi baru daripada web, istilah ini tidak mengacu kepada pembaruan kepada spesifikasi teknis World Wide Web, tetapi lebih kepada bagaimana cara si-pengembang sistem di dalam menggunakan *platform* web. Mengacu pada Tim O' Reilly, istilah Web 2.0 didefinisikan sebagai berikut:

> "Web 2.0 adalah sebuah revolusi bisnis di dalam industry komputer yang terjadi akibat pergerakan ke internet sebagai *platform*, dan suatu usaha untuk mengerti aturan-aturan agar sukses di platform tersebut. "

Sejalan dengan Tim O' Reilly, maka Kumanan Wilson, MD., MSC and Jennifer Keelan, PhD membuat definisi tentang *Public Health* 2.0 sebagai berikut:

"Although troubling to many in public health, the use of the Internet for these purposes simply cannot be ignored. Web 2.0 is here to stay and will almost certainly influence health behaviors. Health is a logical area in which individuals will want to seek opinions from others and communicate their experiences. In this new era, public health officials need to learn how to more effectively listen to these messages and, simultaneously, develop more lively and engaging messages themselves to communicate with the public."

Definisi di atas tentang konsep dasar penggunaan web generasi 2.0 dengan integrasi ke dalam dunia kesehatan masyarakat adalah suatu gagasan yang brilian dalam mengikuti perubahan besar dalam era komunikasi massa modern.

Netizen sebagai Tokoh Utama

Penulis masih ingat betul sewaktu mengikuti seminar pergeseran segmentasi pasar yang disampaikan oleh Hermawan Kartajaya yang membahas perubahan segmentasi lama (*Senior, Men and Citizen*) menjadi segmentasi baru (*Youth, Woman and Netizen*). Mungkin kawan-kawan masih ingat sewaktu kuliah ilmu perilaku/PKIP tentang individu yang dominan dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga. Pengambil keputusan tersebut juga menentukan bagaimana sebuah keluarga bahkan

komunal mempunyai cara pandang dan memilih akses pelayanan kesehatan.

Dalam ulasan mengenai Public Health 2.0 ini maka segmentasi yang penulis ambil tentu saja ‘NETIZEN’.

Apa itu Netizen?

Kata Netizen Pertama kali di buat oleh *Michael Hauben* pada tahun 1992 ia menciptakan istilah netizen untuk menggambarkan pengguna internet yang memiliki rasa tanggung jawab sebagai warga internet. Atau netizen merupakan istilah yang dibentuk dari kata Net (internet) dan Citizen (warga). Jika di satukan, artinya kurang lebih “warga internet” atau “penduduk dunia internet”. Sederhananya, netizen adalah pengguna internet yang berpartisipasi aktif (berkomunikasi, mengeluarkan pendapat, berkolaborasi) dalam media internet.

Siapakah Netizen itu?

Netizen adalah semua orang yang mengakses dan menggunakan internet. Semua orang yang menggunakan Internet bisa di sebut Netizen mulai yang hanya menggunakan Mobile Internet, komputer rumah yang terkonek internet, mahasiswa yang doyan nongkrong berlama-lama di kampus hanya karena FB-an, ibu-ibu yang ngrumpi di twitter atau aktivis yang doyan *blogging*.

Ketika sedang *offline*, Netizen tidak berbeda dengan *citizen* (warga) lainnya. Mungkin ada beberapa perilaku unik yang membedakan seorang netizen dengan citizen seperti kebutuhan aktualisasi diri yang tinggi terhadap pengoptimalan *mobile technology*. Dan mungkin bersifat*addict.*

Mengapa Netizen di katakan Penting dalam Public Health 2.0?

Netizen menjadi sangat *valuable* dan berpengaruh karena mereka mereka sangat aktif menyuarakan pendapatnya lewat Sosial Media. Netizen menyuarakan hal-hal yang sejalan dengan nilai yang dianutnya. Netizen tidak dibayar atau dikomando, melainkan berpartisipasi aktif dengan suka cita. Netizen dengan senang hati akan mengulas apapun yang menjadi perhatian personalnya.

Contoh terkini mengenai pengaruh netizen Indonesia di ranah global adalah topik-topik lokal yang menembus *trending topic* di twitter. Masih juga ingat soal Cicak vs. Buaya yang gerakannya mendukung KPK melalui *fans page* Facebook. Atau soal kasus Prita dengan RS Omni yang masuk ranah hukum, yang paling dekat kita rasakan saat Pemilu Presiden dimana peran media sosial (Facebook dan Twitter) mempengaruhi *swing voter* dan membentuk opini massa.

Di twitter, kebanyakan dari para *influncer* yang memiliki *follower* yang banyak mereka sangat mampu

membuat suatu topik menjadi *trending topic* di twitter. Begitu juga *blogger*, seorang *blogger* yang blognya dibaca oleh 5.000 orang setiap harinya memiliki '*channel*' untuk mempengaruhi 5.000 pembaca tersebut. Sebagian pembaca yang terinspirasi dan akan dapat mendiskusikan tulisan yang diterbitkan di blog tersebut di channel sosial media yang lain atau bahkan merekomendasikan tulisan tersebut kepada *follower* yang mengikutinya melalui twitter atau blog sang pembaca. Begitu hebatnya sosial media saat ini sehingga mampu membuat opini publik dan secara masif mampu mempengaruhi *policy maker.*

Era Public Health 2.0 Indonesia Sudah Terjadi!

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk terbesar keempat di dunia setelah China (1,346 juta jiwa), India (1,198 juta jiwa), dan Amerika Serikat (315 juta jiwa). Sensus yang dilakukan oleh BPS pada tahun 2010 menyebutkan bahwa populasi penduduk Indonesia tahun diperkirakan mencapai 237,6 juta jiwa, bertambah 32,5 juta jiwa dibandingkan dengan hasil sensus penduduk yang terakhir dilakukan oleh BPS tahun 2000 yaitu sebesar 205,1 juta jiwa.

Hal yang juga sangat menggembirakan adalah angka penetrasi penggunaan internet oleh rumah tangga di Indonesia secara umum yang mencapai 27% di perkotaan dan 8% di daerah pedesaan. Di daerah perkotaan (urban)

angka penetrasi penggunaan internet oleh rumah tangga paling tinggi berada di Yogyakarta (50%), Bukit Tinggi (49%), Makassar (42%), Manado (41%), dan Padang (37%). Sedangkan di kawasan pedesaan (rural), penetrasi internet paling tinggi berada di kabupaten Minahasa (18%), Kabupaten Bantul (15%), Kabupaten Kutai Kartanegara (12%), Kota Prabumilih (11,5%), dan Kabupaten Gresik (11%).

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat angka pertumbuhan pengguna internet di Indonesia hingga akhir tahun 2013 sudah mencapai 71,19 juta orang. Angka itu sejumlah 28 persen dari total populasi penduduk Indonesia. Direktur Pemberdayaan Telematika Departemen Komunikasi dan Informatika, Bambang Soeprijanto, mengatakan Indonesia telah menargetkan sekitar 50 persen "melek" internet pada 2015 dari asumsi penduduk sekitar 257 juta jiwa. Dengan semakin tingginya penggunaan internet di Indonesia dan dukungan pemerintah untuk memberikan akses internet di seluruh desa di Indonesia akan memiliki implikasi besar terhadap perubahan sikap, kebiasaan, dan perilaku masyarakat termasuk juga dalam bidang kesehatan masyarakat.

Netizen (pengguna internet) sebagai penentu dalam meraih *heart share. Heart share* yang dimaksud disini adalah emotional (emosi) target market (Sasaran media promosi kesehatan) yang menjatuhkan pilihannya lebih dari daya

nalar pikiran dan mempunyai kekuatan bertahan terhadap apa yang dipilih secara emosional. Netizen bisa berdaya sebagai penentu dalam *Public Health 2.0* dengan didukung olek akses teknologi dan jaringan. Soal yang satu ini di Indonesia perkembangannya dapat diapresiasi lebih.

Akses, dapat dipandang sebagai kata kunci. Entah itu akses terhadap jaringan itu sendiri atau terhadap sarana pendukungnya.

Ya sekali lagi adalah akses. Sebagai Negara berkembang yang mempunyai pergerakan yang dinamis di dalam *social media* dan *network* berikut segala yang ada didalamnya Indonesia adalah pasar yang potensial untuk menjadi ajang besar dalam gerakan ini.

Kita mengingat kembali bahwa jumlah pengguna Facebook sudah mencapai 33 juta lebih, jumlah ini melebihi Inggris. Sedangkan pengguna Twitter menurut data terbaru dilaporkan ComScore, lembaga riset dan pemasaran di internet, Indonesia menempati peringkat pertama soal penetrasi di Twitter. Dari populasi pengguna internet di Indonesia, sebanyak 20,8 persennya adalah pengguna Twitter. Soal penetrasi, Indonesia bahkan mengalahkan Amerika Serikat dan Jepang sebagai negara yang semula ramai ‘berkicau’ di situs *mikroblogging* terpopuler tersebut.

Nah setali tiga uang, Hal inilah yang seharusnya menjadi perhatian para aktivis kesehatan masyarakat dan semua elemen yang giat menjadikan kesehatan masyarakat

sebagai domain pergerakan untuk menjadikan sarana web 2.0 sebagai ajang pembentukan isu, opini, sarana edukasi, pemberdayaan, pencarian dukungan stakeholder, bahkan sarana perlawanan/petisi.

Web dengan konsep 2.0 menjadi penting untuk dicermati karena dari konsep web 1.0 yang hanya menjadikan masyarakat sebagai sasaran pasif (*reading*) merubah menjadi konsep yang sangat memberdayakan yaitu *writing, sharing, opinion*, dan pembentukan *communities.*

Dari konsep Web 2.0 tersebut ada 10 elemen utama yang menjadikan Web 2.0 menjadi sebuah ide yang cemerlang bagi sebuah *tools* baru bagi dunia kesehatan masyarakat yaitu Blog, Wikis, *collaborative writing*, *user review*, GIS, *Microblogging* (Twitter), *Photo and Video Sharing, Social bookmarking, social and Professional Network, Virtual works.*

Media di atas jika dimanfaatkan dengan optimal maka dunia kesehatan masyarakat akan bisa mengikuti perkembangan era komunikasi massa yang keberadaannya sangat dinamis. Memang disatu sisi konsep ini tidak bisa dipukul rata karena faktanya pemerataan informasi dan komunikasi di Indonesia masih timpang dan belum merata. Masih menjadi pekerjaan rumah kita bersama untuk memperbaiki secara terus menerus pemerataan informasi dan komunikasi di seluruh wilayah. Tentu saja secara sinergi disertai dengan peningkatan edukasi masyarakat.

Tetapi melihat *double burden* (beban ganda) di Indonesia juga menjangkiti sektor lain termasuk edukasi, informasi dan komunikasi maka gerakan ini tetap harus dilakukan untuk mengikuti perkembangan era komunikasi sosial dengan tetap berusaha mendongkrak masyarakat yang terpinggirkan di wilayah lainnya.

Optimisnya adalah Pulau Jawa sebagai mercusuar kebijakan dan *stakeholder* Indonesia dan akses internet sudah sangat menjangkau daerah, maka saat Public Health Netizen 'menguasai', maka *Public Health Netizen* akan menguasai Indonesia.

Keep Calm and Stay Update!

KEBIJAKAN KESEHATAN

Pembangunan Kesehatan di Era Otonomi[1]

Agus Widjanarko

Tingkat kesejahteraan masyarakat suatu daerah lazimnya ditandai dengan pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Menurut UNDP, IPM merupakan indeks komposit yang digunakan untuk mengukur pencapaian rata-rata suatu daerah dalam tiga dimensi mendasar pembangunan manusia. Pertama adalah lama hidup yang diukur dengan umur harapan hidup (UHH) ketika lahir. Kedua adalah pendidikan yang diukur berdasarkan rata-rata

[1]Artikel ini pernah dimuat di Harian pagi Jawa Pos pada edisi tanggal 25 April 2011 dengan judul yang sama

lama sekolah dan angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas. Dan ketiga adalah standar hidup yang diukur dengan pengeluaran per kapita yang telah disesuaikan menjadi paritas daya beli.

Akan tetapi pada tataran pemahaman, timbul kerancuan dalam memaknai IPM terkait dengan konsep pembangunan manusia itu sendiri. IPM lebih dipahami sebagai indeks semata yang harus diperjuangkan untuk senantiasa mengalami peningkatan dari setiap masa penghitungannya. IPM justru tidak dipandang sebagai alat ukur untuk menilai kinerja komprehensif atas pembangunan manusia.

Akibat pemahaman yang tidak tuntas terhadap makna pembangunan manusia serta adanya tuntutan untuk meraih angka indeks yang cenderung prestisius, maka program-program pembangunan lebih banyak diarahkan pada komponen-komponen IPM, bukan pada determinan yang membangun komponen tersebut. Misalnya UHH waktu lahir, yang merupakan salah satu indikator IPM, sebenarnya masih terlalu "njlimet" untuk mengoperasionalkannya. Idealnya UHH dihitung berdasarkan Angka Kematian Menurut Umur (*Age Specific Death Rate*/ASDR) yang datanya diperoleh dari catatan registrasi kematian secara bertahun-tahun sehingga dimungkinkan dibuat Tabel Kematian. Tetapi karena sistem registrasi penduduk di Indonesia belum berjalan dengan baik maka untuk menghitungnya digunakan cara tidak langsung dengan pemrograman statistik.

UHH merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Dengan demikian diperlukan upaya yang lebih fokus untuk merumuskan program pembangunan khususnya pada determinan-determinan yang mempengaruh UHH. Supaya intervensi lebih terarah dapat bercermin pada formula yang telah dikembangkan berdasarkan hasil beberapa survei. Formula yang hasil pengukuran untuk seluruh kabupaten/kota se-Indonesia dirilis oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 tersebut dikenal dengan istilah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Indeks ini merupakan indikator komposit dari 24 indikator kesehatan utama yang menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat suatu daerah. Indikator utama tersebut dikumpulkan dari 3 survei berbasis komunitas yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2007 dan Survei Potensi Desa (Podes) 2008. IPKM terpilih adalah yang mempunyai keeratan hubungan dengan indikator UHH waktu lahir dalam IPM.

Mencermati indikator-indikator dalam IPKM ini tampak bahwa untuk memperoleh kehidupan yang lebih lama dan berkualitas dibutuhkan berbagai intervensi kesehatan sejak masa kehamilan. Pemeriksaan kehamilan secara berkala pada sarana kesehatan (dan tentunya persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten) menjadi titik masuk untuk kehidupan yang lebih

baik. Selanjutnya tumbuh kembang balita selalu mendapat perhatian seksama sehingga kebutuhan nutrisinya tercukupi dalam keseimbangan, tidak kekurangan gizi tapi juga tidak kegemukan. Imunisasi dasar bagi balita menjadi keniscayaan yang tidak dapat ditawar. Begitu pula dengan keterpaparan terhadap penyakit yang sering diderita balita harus dapat terus dipantau untuk menekan angka prevalensinya.

Faktor lingkungan, terutama akses terhadap air bersih dan sanitasi yang memadai harus semakin mudah dijangkau oleh masyarakat, karena buruknya sanitasi dan terbatasnya ketersediaan air bersih dapat menjadi pemicu berjangkitnya penyakit menular berbasis lingkungan. Demikian halnya dengan faktor gaya hidup sehat yang ditandai dengan konsumsi buah-sayur dan rutinitas aktivitas fisik terukur. Serta perilaku hidup bersih dan sehat supaya senantiasa dikembangkan hingga dapat membudaya di kalangan masyarakat, termasuk perilaku untuk tidak merokok. Sangat disadari bahwa merokok bukan hanya merugikan bagi perokok tetapi juga sangat mengganggu kesehatan orang yang tinggal di sekitarnya.

Yang mesti juga diprioritaskan adalah ketersediaan pelayanan kesehatan untuk memberikan pengobatan pada berbagai kasus penyakit. Penyebaran dan pemerataan tenaga kesehatan di setiap daerah merupakan salah satu kunci dalam memenuhi kebutuhan dasar masyarakat pada saat mencari pelayanan pengobatan. Tetapi perhatian tidak hanya semata-mata pada peningkatan kualitas tenaga dan sarana prasarananya, lebih dari itu pelayanan harus mampu

menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat dari lapisan sosial manapun.

Sementara itu pemeliharaan kesehatan tidak hanya diarahkan pada masa balita, tetapi ketika usia dewasa bahkan saat telah memasuki masa tua perhatian terhadap gejala-gejala penyakit degeneratif tidak bisa diabaikan. Demikian pula dengan penyakit yang dipicu oleh tekanan kehidupan yang menyesakkan. Menjaga kesehatan pada usia dewasa apalagi senja adalah modal berharga untuk senantiasa hidup sehat dan produktif.

Dengan menggunakan IPKM sebagai alat kendali sekaligus sebagai dasar *evidence base planning*, diharapkan pemerintah daerah tidak kehilangan arah dalam memetakan prioritas pembangunan kesehatan untuk mewujudkan UHH yang mencerminkan tingkat kesejahteraan masyarakatnya. Pemerintah daerah tidak lagi dihadapkan pada indikator tunggal UHH yang terkesan sulit dielaborasi.

Pemeringkatan daerah berdasarkan IPKM memang telah dilakukan. Tapi, sebegitu jauh tidak ada satu pun daerah yang mampu mencapai target ideal untuk semua indikator. Diperlukan penekanan-penekanan intervensi secara berkelanjutan untuk mencapai tataran masyarakat sehat sejahtera. Jadi kerja keras tidak hanya disyaratkan bagi daerah yang menduduki peringkat 400 ke bawah, namun bagi daerah-daerah yang berada pada posisi-posisi teratas pun harus senantiasa memacu kinerja jika tidak menghendaki pencapaiannya mengalami penurunan pada tahun-tahun mendatang, yang berarti semakin jauh dari cita-

cita menyejahterakan warganya, yang berarti pula sebuah sinyal kegagalan dalam pelaksanaan otonomi daerah.

Dinamika Politik Harus Membangun Kesehatan[1]

Agus Samsudrajat S.

Secara umum politik kesehatan itu sendiri merupakan interaksi antara pemerintah dan masyarakat dalam rangka proses pembuatan dan pelaksanaan keputusan yang mengikat tentang kebaikan bersama masyarakat yang tinggal dalam suatu wilayah tertentu terkait permasalahan kesehatan. Tetapi realisasi di lapangan justru selalu ada pihak yang dikorbankan atau dirugikan, sehingga berbagai dinamika politik berkembang dengan

[1]Artikel ini juga dipublikasikan di situs resmi Pengurus Cabang Istimewa Muhammadiyah (PCIM) Rusia tahun 2013. http://pcim-rusia.org /dinamika-politik-harus-membangun-kesehatan-bangsa/

berbagai cara. Sayangnya dinamika politik hingga tahun 2013 ini justru malah membawa bangsa ini semakin mengesampingkan masalah kesehatan bangsa, yang seharusnya menjadi modal dasar bangsa dalam meningkatkan kesejahteraan bangsa.

Berbicara mengenai politik dan kesehatan di Indonesia tentu tidak bisa terlepas akan adanya kepentingan dan perkembangan politik disetiap daerah maupun proses kepemimpinan di daerah itu sendiri. Secara umum perkembangan politik yang membangun kesehatan bangsa didaerah akan sangat dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan pusat, daerah maupun pemimpin di sektor kesehatan di suatu wilayah selain permasalahan anggaran.

Catatan Politik Kesehatan Indonesia

Sebuah contoh catatan politik yang mungkin bisa disebut sebagai upaya politik dalam membangun bangsa melalui sektor kesehatan ialah berubahnya sistem sentralistik menuju desentralisasi. Di Indonesia sendiri desentralisasi dimulai pasca reformasi sekitar tahun 1999-2000, yang kini tercatat dalam sejarah penting yang ikut mewarnai dunia perpolitikan Indonesia khususnya bidang kesehatan. Hal itu ditandai dengan lahirnya UU No. 32 Tahun 2004. Lahirnya UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah membawa angin baru bagi pemerintahan di Indonesia dari sentralistik menjadi desentralisasi. Desentalisasi kesehatan pemerintah daerah

diberikan wewenang untuk mengatur sektor sistem kesehatan di daerah. Dalam prosesnya, pemerintah daerah sangat tergantung pada beberapa faktor, yaitu dukungan pembiayaan, kerja sama lintas sektor, dan berbagai faktor lainya yang terkait dalam menyukseskan sistem kesehatan di daerahnya.

Tahun 2004 juga telah dilakukan suatu "penyesuaian" terhadap SKN (Sistem Kesehatan Nasional) 1982. Dokumen resmi SKN menyatakan bahwa SKN didefinisikan sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. Barulah setelah itu muncul UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang kemudian disempurnakan menjadi UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagai aturan dasar bidang kesehatan di Indonesia.

Politisasi Anggaran Kesehatan

Jika kita mulai cermati bersama dari sisi politik anggaran kesehatan, komitmen pemerintah daerah di Indonesia dibanding negara lain masih jauh ketinggalan. Hal ini terlihat dari alokasi untuk kesehatan dari total Produk Domestik Bruto (GDP), secara umum Indonesia paling rendah dari negara lain, yaitu hanya 2-3 %. Sedangkan Laos mendekati 5%, Malaysia 10%, Philipina 15% dan Thailand

hampir 7%. UU Nomor 36 tentang Kesehatan mengatur bahwa besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji. Sedang besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji. Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarannya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD. Faktanya politik anggaran kesehatan hingga tahun ini belum terealisasi sesuai minimal anggaran kesehatan dan hal inilah yang terlihat bahwa politik Indonesia selama ini belum membangun kesehatan. Sebelumnya, Nafsiah Mboi, Menteri Kesehatan RI., menjelaskan bahwa untuk tahun 2014, pagu indikatif Kemenkes sebesar Rp 24,67 triliun. Itu berarti menurun cukup signifikan, mencapai hampir 30 persen dibandingkan tahun 2013. Kepada siapa lagi mau berharap jika disaat isu BBM naik justru malah anggaran kesehatan bangsa kita semakin anjlok. Kini rakyat semakin jauh bermimpi tatkala visi Indonesia sehat akan tercapai dengan anggaran yang semakin menurun dari tahun lalu di saat harga Bahan Bakar Minyak dan kebutuhan lainya meningkat.

Politisasi Undang-Undang dan Kebijakan Kesehatan

Selama ini arah pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan masih mengutamakan tenaga kuratif dibandingkan promotif dan preventif. Hal ini tidak sesuai dengan rencana pembangunan jangka menengah (RPJMN) 2010-2024 dimana upaya kuratif semakin dikurangi dan upaya promotif dan preventif semakin ditingkatkan. Faktanya Justru kebutuhan tenaga perawat dan dokter yang merupakan tenaga penunjang saat sakit lebih diutamakan pemerintah dibandingkan tenaga Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) yang merupakan ujung tombak kesehatan masyarakat yang bertugas menyelamatkan yang sehat supaya tidak sakit.

Jadi dari sisi politik anggaran pemerintah daerah dan pusat memang belum berpihak pada program kesehatan yang telah direncanakan. Minimnya anggaran kesehatan tersebut tentu akan menimbulkan banyak persoalan seperti kematian ibu dan balita, penyakit menular, penyakit kronik atau tidak menular, yang secara global akan berdampak kepada menurunya kesehatan masyarakat, produktifitas manusia, dan umur harapan hidup, distribusi dan kualitas tenaga kesehatan, yang dampaknya justru akan merugikan negara secara sistemik.

Permasalahan yang terjadi selama ini, telah banyak dilakukan pergantian pemimpin, tetapi permasalahan kesehatan ibarat jalan ditempat dan sebagian permasalahan

kesehatan lagi justru malah makin meluas dan komplek. Selain hal itu tidak sedikit pula setiap pergantian pemimpin daerah yang baru maka muncul pula program baru yang justru kurang mendukung program-program periode kepemimpinan sebelumnya, sehingga fokus penyelesaian masalah kesehatan didaerah tidak berkembang secara konsisten dan berkelanjutan.

Jika penulis analogikan secara sederhana, sehat memang bukan segalanya, tetapi jika kita tidak sehat, maka segalanya akan sia-sia. Oleh karena itu dinamika politik tahun 2014 yang harus dipersiapkan tahun 2013 ini melalui pencalonan presiden, gubernur/walikota, anggota DPR dan DPRD haruslah membangun kesehatan bangsa. Sistem kesehatan bangsa dan daerah yang mudah, efektif dan efesien harus menjadi pondasi dasar atau ujung tombak negara jika pendapatan daerah dan negara ingin meningkat, kesejahteraan dan kemakmuran rakyat masih menjadi tujuan utama bangsa, sesuai empat pilar kebangsaan yaitu Pancasila, UUD 1945, Bhineka Tunggal Ika, dan NKRI.

Kesehatan Masyarakat sebagai Komoditas Politik[1]

Yandrizal

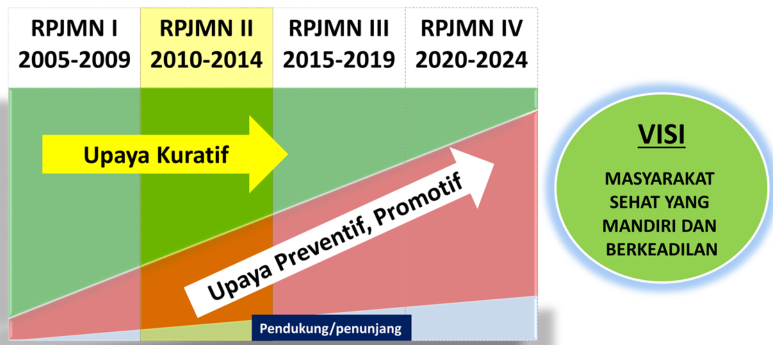
Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Jaminan kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberi jaminan pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif walaupu ada promotif dan preventif tetapi kepada individu. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif merupakan pelayanan yang bersifat Ilir, dimana masyarakat yang sakit akan

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam Harian Rakyat Bengkulu Edisi 20 Januari 2014 dengan judul yang sama.

mendapat pelayanan kesehatan. Jaminan Kesehatan nasional wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, pada tahap awal BPJS menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi Penerima bantuan Iuran (PBI), PNS, TNI/POLRI, tenaga kerja berjumlah sekitar 120 juta jiwa dengan total iuran sekitar 30 T, secara bertahap sampai tahun 2019 seluruh rakyat Indoesnia 240 juta apabila iuran rata-rata Rp. 25.500/bulan/jiwa, total iuran Rp. 73 T, dana pelayanan ini belum lagi biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat yang mampu mengunakan pelayanan rumah sakit swasta yang relatif mahal. Bangsa Indonesia akan terkuras dana, tenaga, waktu dan pikiran untuk memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang sakit seharusnya mencegah masyarakat tidak sakit. Dana untuk pelayanan jaminan kesehatan nasional sebagian besar 40 s.d 60% dipergunakan untuk obat yang bahan bakunya import, berarti sebagian dana akan mengalir keluar negeri. Pada rencana pembangunan jangka panjang ke 3 dan seterusnua bangsa Indonesia harus berupaya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang sehat, sehingga masyarakat tidak sakit dan menjadi prima.

Arah Pembangunan Kesehatan Jangka Panjang Bidang Kesehatan, tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh

penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.Arah Pengembangan bidang (2005-2024) adalah sebagai berikut:



Strategi yang dilakukan adalah 1) Pembangunan nasional wawasan kesehatan; 2) Pemberdayaan Masyarakat dan daerah; 3) Pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; 4) Pengembangan dan pemberdayaan SDMKesehatan. Arah pengembangan tenaga kesehatan sejalan dengan arah pengembangan upaya kesehatan, dari tenaga kuratif bergerak ke arah tenaga preventif, promotif sesuai kebutuhan. Pembangunan Jangka panjang bidang kesehatan sesuai dengan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 sulit tercapai apabila tidak ada kemauan politik para calon legislatif untuk mendukung dan mendorong terwujudnya tujuan pembangunan kesehatan. Arah rencana pembangunan jangka menengah nasional ke 3 dan 4 sampai

tahun 2024, meningkatkan upaya promotif dan preventif (Upaya Kesehatan masyarakat) karena apabila upaya ini diabaikan tujuan pembangunan bidang kesehatan yang merupakan dasar untuk dapat mewujudkan tujuan pembangunan Indonesia maju, mandiri, adil dan makmur sangat sulit tercapai.

Komoditi Politik

Pada saat ini para calon anggota legislatif DPRD kabupaten/kota/provinsi dan DPR melakukan kampanye untuk menjadikan upaya promotif dan preventif (upaya kesehatan masyarakat) sebagai komoditi politik. Pada pemilu dan pilkada tahun-tahun yang lalu pengobatan gratis sebagai komoditi politik, pada saat ini tidak berlaku lagi karena telah ada Badan Penyelengara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Kepada calon legislatif jadikan upaya promotif dan preventif (upaya kesehatan masyarakat) sebagai komoditi politik dalam upaya mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang sangat dibutuhkan masyarakat. Bentuk upaya promotif dan preventif yang memerlukan dukungan Anggota Dewan adalah kebijakan anggaran untuk promotif dan preventif, selama ini kebijakan anggaran kesehatan sebagian besar 60 s.d 70% untuk upaya kuratif dan rehabilitatif, masyarakat yang sehat diberi palayanan akan terasa bermanfaat karena dapat mencegah masyarakat sakit. Para anggota legislatif dapat mengarahkan kebijakan anggaran untuk mengoptimalkan upaya kesehatan

masyarakat/pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, maka bersama-sama seluruh pemaku kebijakan untuk melakukan : 1) meningkatkan kualitas pelayanan promotif, preventif dan tidak mengabaikan kuratif dan rehabilitatif di puskesmas dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia, melengkapi sarana dan prasarana, memyediakan insetif untuk petugas; 2) membudayakan masyarakat untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS);3) melakukan penyuluhan kepada masyarakat agar menerapkan 13 Pesan Gizi Seimbang; 4) melakukan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) kepada masyarakat berisiko tinggi; 5) pengelolaan sampah, limbah rumah tangga dan industri yang dapat mencemari sumber air dan lingkungan lainnya.6) meningkatkan dana operasional untuk promotif dan preventif kepada puskesmas dan lembaga swadaya masyarakat bidang kesehatan, sehingga petugas bersama dengan kader/kelompok masyarakat lainnya dapat terjun langsung membina masyarakat untuk perilaku hidup sehat.

kebijakan anggaran kesehatan dapat bergeser dari upaya kuratif dan rehabilitatif ke arah promotif dan preventif diperlukan kemauan politik dari anggota Dewan, sehingga upaya kesehatan masyarakat harus dijadikan komoditi politik pada saat kampanye dan diterapkan setelah terpilih, apabila bangsa Indonesia bertujuan meningkatkan derajat kesehatan untuk mewujud Indonesia maju, mandiri, adil dan makmur pada tahun 2019.

Jamu BKO Tak Cukup Di-warning[1]

Budiono Darmadji

Obat tradisional (jamu) yang mengandung bahan kimia obat (BKO) kembali membuat telinga merah Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM). *Public warning* pun dikeluarkan lagi dengan menetapkan dan memburu 54 merek jamu yang berbahaya.

Tentu kita masih ingat *public warning* yang dikeluarkan BPOM Nomor: KB.01.001.2003 tentang obat tradisional yang mengandung bahan kimia obat, kemudian BPOM mengeluarkan lagi *public warning* nomor

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam Harian Pagi Jawa Pos, Jumat 13 Juni 2008 dengan judul yang sama.

KH.00.01.1.5116 tertanggal 4 Desember 2006 dalam kasus yang sama. Ternyata *public warning* itu tidak membuat keder produsen jamu berkimia. Telinga produsen jamu berkimia tetap bebal.

Memang keuntungan bisnis di bidang kesehatan cukup menjanjikan. Ruslan Aspan (Deputi Bidang Pengawasan Obat Tradisional, Kosmetik, dan Produk Komplemen BPOM) menyampaikan, untuk omzet perdagangan obat tradisional saja, nilainya Rp 4 triliun setahun. Sungguh angka yang luar biasa, mengingat tingkat kompetisinya relatif adem ayem karena pasar yang dibidik sudah jelas, tidak perlu mengikuti *trend* atau perilaku konsumen. Tinggal mengatur atau membentuk lingkaran setan saja dalam menjalankannya. Hal itulah yang terkadang disalahgunakan produsen.

Seharusnya produsen dan distributor tahu bahwa kegiatan memproduksi dan atau mengedarkan obat tradisional yang mengandung bahan kimia obat telah melanggar UU Nomor 23/1992 tentang Kesehatan dengan pidana penjara paling lama lima tahun dan denda paling banyak 100 juta rupiah. Juga melanggar UU Nomor 8/1999 tentang Perlindungan Konsumen yang dapat dikenakan sanksi dengan pidana penjara paling lama lima tahun dan atau denda paling banyak Rp. 2 miliar.

Memang sampai saat ini belum ada yang menganggap serius kasus itu. Aparat dan penegak hukum di negeri ini masih terbius euforia kasus korupsi, kekerasan, dan kriminal yang lagi mewabah. Sementara itu, sangat

jarang kasus di bidang kesehatan (seperti malapraktik dan peredaran jamu berkimia) yang berujung pada menghukum pelaku seberat-beratnya.

Waspada

Seharusnya masyarakat juga mencari informasi yang benar untuk kasus jamu berkimia ini. Jangan asal beli. Merek produk obat tradisional yang mengandung bahan kimia obat, antara lain, Xing Shi Jiu, G-Bucks Kapsul, Asam Urat dan Flu Tulang Kapsul serta Serbuk, Neo Tasama Kapsul, Pegal Linu Encok Rematik, Langsing Alami Kapsul, Amargo Jaya Ramuan Madura, Cikung Makassar Super, Obat Pegel Linu Ngilu Tulang, Sembur Angin, Daun Dewa, Flu Tulang LabaLaba, Obat Kuat Viagra, Extra Fit, Pegel Linu Cap Widoro Putih, Prono Jiwo, dan Antanan Kapsul.

Berdasar penelitian BPOM, obat kimia yang populer untuk dijadikan bahan campuran jamu, antara lain, Antalgin (obat sakit kepala), Fenilbutazone, Metampiron, Firoksikam, Allupurinol, sildenafil sitrat, sibutramin hidroklorida, Aminofilin, paracetamol, CTM, Furosemit, Ciproheptadin, dan Dexametason. Hampir semua bahan kimia tersebut dapat menyebabkan efek samping langsung terhadap lapisan sel pelindung pada lambung (mukosa lambung), yaitu *peptic ulcer* (borok pada dinding mukosa lambung). *Peptic ulcer* merupakan penyebab utama bocor lambung (± 70 persen) selain keganasan/kanker pada lambung (± 30 persen).

Masyarakat pada umumnya tahu penyakit *peptic ulcer* sebagai penyakit mag. Pengobatan yang tidak adekuat akan mengakibatkan komplikasi lebih lanjut berupa perdarahan lambung, keganasan, akhirnya bocor lambung dan berujung pada kematian. Jumlah dosis adalah yang paling mengkhawatirkan dalam satu kemasan jamu, tidak ada etiket yang jelas, cara mencampur tidak menggunakan takaran yang sesuai aturan. Bahkan, terkadang dicampur dengan bahan atau ramuan tertentu yang tidak dilakukan uji ilmiah dahulu. Hal tersebut diperburuk oleh kebiasaan masyarakat yang *minded* jamu. Setiap merasa badan pegel linu, ingin langsing, dan sebagainya langsung mengonsumsi jamu tanpa melihat komposisi, takaran, atau efek samping yang ditimbulkan. Yang ada dalam benak orang-orang adalah jamu tradisional itu alami, tidak menyebabkan efek samping, murah, dan praktis.

Padahal, jamu tradisional kemasan yang ada sekarang justru sebaliknya. Dengan segala keterbatasan informasi dan pengawasan dari pemerintah, masyarakat harus benar-benar waspada.

Kontrol Ketat dan Terstandardisasi

Badan Pengawas Obat dan Minuman (BPOM) sebagai regulator dan filter lalu lintas produk, terutama makanan dan obat-obatan, di Indonesia harus benar-benar jeli melihat dan secara rutin mengevaluasi peredaran barang-barang di lapangan. *Sweeping* dan investigasi terhadap produk baru

atau lama harus rutin dijalankan, baik itu produk domestik maupun produk impor. Tidak hanya melihat secara kasat mata dan syarat administratif saja, uji laboratorium kalau perlu juga dilakukan.

Kalau Amerika cukup ketat sekali menerima barang terutama makanan impor melalui FDA-nya, mengapa kita cukup longgar membiarkan produk-produk asing atau lokal yang masuk tanpa ada kontrol yang ketat? Tentu kita masih ingat, produk makanan (permen *White rabbit* cs) yang mengandung kandungan zat berbahaya yang sudah lama beredar di masyarakat. Ternyata produk itu mendapatkan lisensi Depkes RI SP No.231/10.09/96.

Berbagai kasus yang terjadi tersebut seharusnya bisa jadi guru berharga bagi BPOM dan Depkes untuk mengambil tindakan. Bukan hanya membuat *public warning*, tetapi semua elemen yang terkait (BPOM, penegak hukum, kepolisian, dan masyarakat) harus diajak kerja sama untuk menindak tegas pelaku yang memproduksi obat berkimia tersebut.

PARADIGMA SEHAT

Revitalisasi Paradigma Sehat[1]

Agus Widjanarko

Seratus hari masa Pemerintahan SBY-Boediono sedang memasuki paroh kedua. Dalam bidang kesehatan harus difahami bahwa janji untuk menyehatkan masyarakat, bukan sekadar menyediakan fasilitas penyembuhan bagi orang sakit. Menguatkan upaya pengendalian penyakit, bukan semata-mata mengobati si sakit. Sekaligus menggeser komitmen, membangun tidak berlandaskan paradigma sakit tetapi mengacu pada paradigma sehat.

---

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam Radar Surabaya Edisi 19 Januari 2009 dengan judul yang sama.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah kondisi kebaikan secara fisik, mental dan sosial, bukan sekadar terbebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi ini mengandung konotasi yang positif, tetapi disayangkan, pembicaraan yang berkembang di masyarakat tentang kesehatan dapat dipastikan hanya akan berkisar pada persoalan penyakit, obat dan kematian.

Padahal konsep kesehatan sebenarnya dapat dielaborasi lebih dinamis sehingga memungkinkan masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan mereka, bukan semata-mata membutuhkan pengobatan ketika sakit. Strategi ini, yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif lazim disebut sebagai "paradigma sehat". Sebuah paradigma baru yang mulai diterapkan pada awal reformasi sebagai koreksi atas "paradigma sakit" yang telah puluhan tahun menjadi dasar pemikiran para penentu kebijakan.

Dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (HDI) aspek kesehatan adalah faktor utama bersama-sama aspek pendidikan dan daya beli masyarakat. Sektor pendidikan sudah menjadi primadona pembangunan dengan dukungan legalitas yang kokoh. Anggaran pendidikan langsung di-*back up* UUD 1945. Sistem pendidikan dan tenaga kependidikan telah diundangkan. Demikian pula terkait daya beli masyarakat. Rasanya mustahil bila pemerintah tidak mengupayakan peningkatan perekonomian masyarakat.

Sangat disayangkan bila kenyataannya kesehatan masyarakat masih bersifat ”pemanis bibir” dalam prioritas pembangunan. Perhatian terhadap ketersediaan anggaran kesehatan pun masih jauh dari cukup, bahkan untuk sebatas janji peningkatan anggaran secara signifikan, walaupun UU Kesehatan yang baru (UU 36/2009) telah memberikan peluang untuk itu. Apalagi bila ditarik lebih tegas untuk mendorong penerapan dan pencapaian paradigma sehat.

Selain bercermin pada HDI, dalam Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) aspek kesehatan juga mendominasi target-target pencapainnya. Dari delapan tujuan yang harus dipenuhi pada tahun 2015, sedikitnya tiga tujuan yang langsung terkait dengan kesehatan. Menurunkan angka kematian anak, menekan angka kematian ibu serta mengendalikan HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya adalah target-target yang menjadi beban tanggung jawab sektor kesehatan untuk mewujudkannya. Sedangkan tujuan-tujuan lain seperti membangun kemitraan, menjamin kelestarian lingkungan hidup, mendorong kesetaraan gender, menuntaskan pendidikan dasar maupun upaya memerangi kemiskinan dan kelaparan tidak bisa dibayangkan pencapaian hasilnya tanpa dukungan sektor kesehatan.

Adalah sebuah harapan ketika Program 100 Hari dan Rencana Pembangunan Lima Tahun Departemen Kesehatan dicanangkan. Puskesmas tidak dipandang sebagai pusat penyembuhan belaka seperti yang selama ini menjadi tafsir masyarakat. Sebab bila merujuk pada pandangan ini,

Puskesmas akan kehilangan ruhnya sebagai garda depan pengawal kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya karena direduksi fungsinya hanya sebagai klinik pengobatan bagi masyarakat. Maka apa implikasinya terhadap kebijakan pembangunan kesehatan masyarakat secara menyeluruh? Yang sering kurang dipahami adalah bahwa memberikan pengobatan kepada individu yang sakit bukan berarti akan menyehatkan masyarakat. Misalnya, memberikan penyembuhan pada penderita demam berdarah dengue bukan otomatis memutus rantai penularannya.

Dengan melakukan revitalisasi Puskesmas, maka paradigma sehat akan memperoleh jati dirinya. Puskesmas akan didorong untuk lebih bergerak di lapangan di tengah-tengah masyarakat dalam rangka melaksanakan lima pelayanan dasar yang bersifat upaya kesehatan masyarakat, tentunya tanpa harus mengabaikan satu-satunya pelayanan dasar dengan kriteria upaya kesehatan perorangan.

Revitalisasi jelas memerlukan sumber daya, baik personil maupun anggaran. Bila APBN dengan leluasa memberikan tunjangan profesi pada para guru dan dosen, bukan sebuah mimpi manakala APBN juga membayarkan tunjangan profesi untuk tenaga kesehatan yang jenisnya lebih dari dua puluh lima jabatan fungsional. Kalau APBN mampu menyediakan Biaya Operasional Sekolah (BOS), bukan sesuatu yang sulit jika APBN juga mengalokasikan Biaya Operasional Puskesmas (BOP).

Selama ini pemerintah pusat begitu mengagungkan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan sebagai bentuk

keberpihakan terhadap Puskesmas. Tetapi praktek di berbagai daerah menunjukkan bahwa oleh karena sektor kesehatan telah memperoleh kucuran dana dari pusat tersebut, maka porsi Dana Alokasi Umum (DAU) untuk sektor kesehatan dalam APBD tidak jarang dipangkas dengan dalih keseimbangan dan pemerataan. Padahal sejak awal digulirkan, DAK sektor kesehatan lebih banyak dipatok untuk penyediaan sarana dan prasarana Puskesmas, tanpa menyisakan sedikitpun bagi kebutuhan operasional dan pengembangan sumber daya Puskesmas.

Cegah Sakit, Tetap Sehat dan Produktif[1]

Oryz Setiawan

Kita tentu berharap tahun 2013 akan menjadi lebih baik terutama kondisi kesehatan masyarakat yang dewasa ini bergelut dengan risiko bencana yang berdampak pada krisis kesehatan. Pada saat yang sama, ancaman berbagai penyakit baik yang bersifat menular maupun tidak menular juga menjadi potensi masalah kesehatan yang semestinya dapat dihindari sedini mungkin.

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam Tabloid Blok Bojonegoro Edisi 06 Januari 2013 dengan judul yang sama.

Sangat keliru bila mempersepsikan sehat adalah mahal, padahal untuk mencapai sehat adalah murah karena kita tidak perlu mengeluarkan biaya besar untuk berobat, operasi, perawatan hingga rehabilitasi. Sehat merupakan salah satu prasyarat mutlak agar kita dapat mampu menjalani kehidupan dengan nikmat. Tanpa kondisi sehat, rasanya kurang lengkap dalam menjalani kehidupan.

Kesehatan itu murah bila dihubungkan dengan mahalnya biaya berobat, turunnya produktivitas kerja, hilangnya kesempatan beraktivitas seperti bermain, bersekolah jikalau kita mengalami sakit. Pendek kata untuk mencapai derajat sehat tentu kita bukan sekadar berupaya mencegah risiko terjadinya penyakit, atau menghindari sakit namun lebih bermakna bagaimana agar kita tetap sehat, produktif baik secara fisik, mental, spiritual dan sosial. Bila toh mengalami sakit sesegera memeriksakan sedini mungkin ke sarana pelayanan kesehatan atau ke dokter adalah langkah bijak untuk menghindari kemungkinan lebih buruk.

Oleh karena itu aspek promotif dan preventif lebih dikedepankan tanpa meninggalkan aspek kuratif dan rehabilitatif atau disebut dengan pendekatan paradigma sehat. Bagi kebanyakan orang, kesehatan atau kondisi sehat adalah sesuatu yang sangat biasa (common sense) yang seakan tak bermakna namun ketika kesehatan itu hilang atau berubah menjadi sakit tentu orang baru sadar bahwa sehat merupakan karunia Ilahilah yang amat luar biasa, tak terhingga dan lebih dari segala. Secara ekonomi, tak pelak jutaan rupiah harus kita keluarkan untuk tetap sehat bahkan

tak dapat dinilai dengan kekuatan uang bila sesorang sakit berupaya untuk mengembalikan kesehatan seperti sediakala.

Dalam konteks inilah sesungguhnya sistem kesehatan kita dibangun, dengan kata lain memahamkan kita, masyarakat dan semua manusia bahwa menjaga dan meningkatkan kualitas sehat adalah sesuatu yang mutlak sekaligus lebih penting dari sekadar upaya pengobatan yang serba modern atau memodernisasi layanan kesehatan yang dibangun dengan kekuatan materiil (biaya).

Layanan kesehatan yang berkualitas sekalipun adalah dalam rangka untuk mencapai hidup sehat, produktif dan bermakna bukan sekedar membebaskan diri dari rasa sakit. Jika kondisi tersebut disadari maka dengan sendirinya beban pemerintah akan jauh berkurang (biaya kesehatan dapat ditekan). Hidup sehat mengandung makna bahwa untuk meraih kesehatan dibutuhkan upaya kolektif, komitmen bersama, semangat serta kepedulian semua pihak untuk memperjuangkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Demi mencapai hidup sehat, kita harus mau dan mampu berkorban untuk mengantisipasi segala kemungkinan dan resiko sumber masalah kesehatan (penyakit), meminimalisasi resiko terjadinya bencana atau krisis kesehatan dan mengakselerasi penurunan angka kesakitan dan kematian terutama ibu dan bayi sebagai salah satu indikator keberhasilan kesehatan.

Makna Sehat

Problematika kesehatan dewasa ini secara umum masih diwarnai seputar belum optimalnya layanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin (maskin), munculnya strain penyakit baru (*re-emerging disease*), maraknya bahan tambahan pangan berbahaya serta berbagai deraan bencana secara beruntun.

Keadaan tersebut diperparah dengan kondisi lingkungan yang masih buruk dan perilaku sebagian masyarakat kita terhadap pentingnya hidup bersih dan sehat sehingga berimplikasi langsung pada ukuran status kesehatan. Karakteristik sehat adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009). Dalam rangka mewujudkan rakyat yang sehat memerlukan sejumlah prasyarat antara lain: akses layanan kesehatan yang memadai, pemenuhan kecukupan gizi seimbang, ketersediaan kebutuhan dasar (air bersih, udara sehat maupun jamban sehat) dan lain-lain. Sedangkan kualitas bangsa meningkat sebagai hasil akhir dari upaya menggapai kondisi rakyat yang benar-benar sehat masih sulit untuk diwujudkan.

Saat ini ketersediaan layanan kesehatan terus menjadi andalan, tingginya ketergantungan masyarakat terhadap obat-obatan dan tenaga medis (*medical oriented*) serta maraknya hospitalisasi menjadi justifikasi dalam

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Padahal kian modern suatu layanan kesehatan termasuk kemanjuran obat dan kehandalan bidang medis justru menunjukan bahwa wujud ketergantungan masyarakat terhadap layanan kesehatan kian meningkat.

Oleh karena itu sistem pelayanan kesehatan merupakan manifestasi variabel-variabel paradigma sakit sudah sepatutnya diubah menjadi 'upaya kesehatan'. Labelisasi upaya kesehatan lebih mengarah pada adanya upaya proaktif, dorongan maupun kemauan kuat untuk menciptakan kondisi kesehatan masyarakat termasuk instrumen perilaku hidup sehat serta peran serta stakeholder kesehatan lain untuk menuju pada pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Paradoks Rumah Sakit?

Munculnya rumah sakit-rumah sakit baru memang menimbulkan berbagai pro dan kontra. Apalagi pembangunan dan pengembangan rumah sakit membutuhkan investasi yang tidak sedikit. Terlepas dari berbagai pro dan kontra yang ada, penulis mencoba untuk menuangkan pendapat terkait eksistensi rumah sakit maupun layanan kesehatan lainnya dalam konstelasi sistem kesehatan secara umum. Apakah dengan masifnya pembangunan rumah sakit merupakan salah satu barometer derajat kesehatan masyarakat yang meningkat? Ataukah menjadi boomerang dalam mewujudkan upaya

menyehatkan masyarakat, sebab boleh jadi dengan modernitas layanan kesehatan akan mengakibatkan ketergantungan masyarakat terhadap layanan kesehatan itu sendiri yang pada akhirnya akan menjadi bumerang dalam memaknai pola hidup sehat.

Kekawatiran tersebut muncul pada sebagian masyarakat kita bahwa buat apa kita menjaga kesehatan bila pemeriksaan, pengobatan bahkan perawatan di rumah sakit gratis terutama pasien dari keluarga miskin (gakin). Parahnya lagi, masyarakat akan apatis dan sangat bergantung pada program pelayanan kesehatan yang serba gratis.

Hal ini dibuktikan dengan melonjaknya kunjungan pasien ke rumah sakit pasca diberlakukannya Program Jamkesmas dan Jamkesda. Dengan kata lain, berapapun anggaran yang disediakan terhadap perluasan rumah sakit tanpa dibarengi dengan penguatan upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif maka problematika kesakitan masyarakat akan terus terjadi. Indikator keberhasilan di sektor kesehatan masyarakat didaerah hendaknya diukur dengan 'minimnya' kunjungan masyarakat ke rumah sakit. Hal ini bermakna bahwa kian menurunnya kunjungan pasien ke rumah sakit justru semakin menunjukan bahwa tingkat derajat kesehatan masyarakat di wilayah tersebut meningkat.

Salah satu problem mendasar yang hingga kini belum juga diatasi adalah belum membuminya substansi paradigma sehat sebagai roh kehidupan di ranah kesehatan (rule of life) yang dimanifestasikan dalam bentuk kebijakan-kebijakan

strategis dan esensial dalam bingkai sistem kesehatan nasional. Paradigma sehat telah dicetuskan lebih dari 10 tahun lalu masih sebatas jargon semata.

Sentra-sentra layanan kesehatan terus menjadi andalan dan tingginya ketergantungan masyarakat terhadap obat-obatan serta maraknya hospitalisasi menjadi justifikasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Padahal kian modern suatu layanan kesehatan termasuk kemanjuran obat dan kehandalan bidang medis justru menunjukan bahwa wujud ketergantungan masyarakat terhadap layanan kesehatan.

JAMINAN KESEHATAN

JKN Menafikan Misi Puskesmas[1]

Agus Widjanarko

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diimplementasikan dalam bentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bidang Kesehatan (BPJS) telah memasuki semester kedua. Berbagai produk hukum telah diterbitkan sepanjang semester pertama sebagai upaya menjawab kendala-kendala yang timbul maupun keluhan-keluhan yang muncul dari para penyelenggara dan pengguna layanan.

Salah satu di antaranya terkait dengan pengaturan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik daerah.

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam media online “okezone.com” edisi 17 Juni 2014 dengan judul yang sama.

FKTP sebagaimana ketentuan umum dalam Peraturan Presiden RI Nomor 32 tahun 2014 (tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah) adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan, bersifat non spesialistik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Menilik batasan ini maka FKTP sesungguhnya adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Konsep dasar Puskesmas sejatinya telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004. Dari keputusan ini dapat disimak misi dari pendirian sebuah Puskesmas. Misinya adalah menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas diharapkan dapat senantiasa menggerakkan pembangunan sektor lain agar memerhatikan aspek kesehatan, yaitu pembangunan yang tidak berdampak negatif pada kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.

Misi berikutnya mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas ditekankan untuk selalu berupaya agar keluarga dan masyarakat makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.

Misi terakhir berupa upaya memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan

pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas. Puskesmas diarahkan untuk menyediakan pelayanan yang sesuai dengan standar serta dapat memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan dan meningkatkan efisensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.

Secara garis besar penjabaran misi ini dituangkan dalam bentuk upaya kesehatan yang dikelompokkan menjadi dua kriteria, yaitu upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan, yang merupakan program selain upaya kesehatan wajib. Terdapat enam upaya wajib, lima di antaranya berbasis pada kesehatan masyarakat dan satu upaya lainnya berorientasi pada kesehatan perorangan. Yang berbasis kesehatan masyarakat diwujudkan dalam program promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak termasuk keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat serta pencegahan dan pemberantasan penyakit. Sedangkan yang berorientasi kesehatan perorangan adalah program pengobatan.

Lingkup kerja Puskesmas yang cukup luas dalam rangka mengawal pembangunan kesehatan di daerah ini tampaknya mendapatkan pengerdilan fungsi dalam konteks BPJS. Sejak diberlakukannya pada 2014, BPJS telah menyita waktu kerja dan energi pemberi layanan di Puskesmas. BPJS menempatkan Puskesmas pada posisi memaksimalkan upaya kesehatan wajib “minoritas” (pengobatan) serta meminimalkan upaya kesehatan wajib “mayoritas (lima

program selain pengobatan). Tak pelak BPJS kian memberi warna kuratif rehabilitatif pada kinerja Puskesmas.

Definisi FKTP pada Peraturan Presiden (Perpres) maupun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 yang merupakan penjabaran dari Perpres (Permenkes) jelas membatasi ruang gerak Puskesmas dalam kaitannya dengan BPJS hanya pada pelayanan kesehatan "perorangan". Bahkan dalam pemanfaatan dana kapitasi untuk dukungan operasional pelayanan kesehatan lainnya sebagaimana diatur dalam Permenkes, dicantumkan bahwa kegiatan promotif preventif yang dilakukan harus berorientasi pada upaya kesehatan perorangan, bukan kesehatan masyarakat.

Padahal sangat disadari kalau program-program promotif preventif akan lebih efektif dan berdampak luas jika dilaksanakan pada sasaran khalayak komunitas bukan orang-perorang. Memang ada penafsiran bila dana kapitasi merupakan hak mutlak peserta pemegang kartu BPJS, bukan masyarakat umum. Hanya dalam prakteknya di lapangan apakah bisa dilaksanakan secara efisien.

Penafian misi Puskesmas semakin tampak pada pengalokasian jasa pelayanan kesehatan yang diformulasikan dalam Permenkes. Jasa pelayanan cenderung dimaksimalkan untuk upaya pengobatan, satu-satunya kegiatan kuratif rehabilitatif di antara enam upaya kesehatan wajib Puskesmas. Dengan asumsi bahwa peserta BPJS itu membayar atau dibayari pemerintah untuk mengantisipasi risiko menderita sakit, maka tidak dapat

dihindari bila bagian terbesar dana kapitasi diperuntukkan bagi tenaga kesehatan yang melayani pengobatan di dalam gedung Puskesmas. Sementara tenaga kesehatan yang menjalankan program-program promotif preventif di luar gedung memeroleh penghargaan yang belum setara.

Adalah benar sumber daya manusia kesehatan seperti tenaga medis dan apoteker dalam tatanan birokrasi kepegawaian dinilai sebagai sarjana strata dua. Bersama perawat profesional (ners), ketiga profesi ini mengambil peranan yang penting pada pemberian pelayanan pengobatan, sehingga sudah sepatutnya porsi pembagian jasa mereka tergolong paling tinggi.

Tetapi disayangkan, tenaga-tenaga kesehatan lainnya, semisal yang melaksanakan pendampingan terhadap balita gizi buruk, inspeksi sanitasi, kunjungan keluarga risiko tinggi, sweeping imunisasi, menggelar posyandu dan lain-lain masih dipandang bukan sebagai kegiatan utama. Ini bisa dicermati dari variabel nilai jasa pelayanan yang belum menunjukkan kesetaraan dan kesetimbangan. Jeri payah berpanas-panas di lapangan dihargai cukup rendah dibandingkan pada mereka yang melayani pengobatan.

Yang lebih mengkhawatirkan tentu manakala sudah sampai pada titik pemahaman jika melaksanakan program-program di luar gedung Puskesmas menjadi tidak penting lagi karena hampir tidak berdaya ungkit terhadap penerimaan jasa pelayanan. Oleh sebab keterbatasan sumber daya manusianya, sebagian Puskesmas memberikan

tugas rangkap kepada beberapa tenaga kesehatan untuk mengupayakan program kesehatan perorangan sekaligus kesehatan masyarakat. Namun menyikapi aturan pengelolaan jasa BPJS yang hanya memformulasikan tambahan bobot nilai pada perangkapan tugas administratif sebagai Kepala Puskesmas, Kepala Tata Usaha dan Bendahara dana kapitasi JKN, tidak mustahil bila timbul keengganan untuk berangkat menunaikan tugas-tugas rangkap program kesehatan di luar gedung.

Walaupun bisa saja pimpinan memberikan penekanan terkait dengan adanya rambu-rambu "kehadiran kerja" sebagai salah satu variabel yang diperhitungkan dalam pemberian jasa, namun bila tidak diantisipasi sejak dini, tidak menutup kemungkinan pada gilirannya Puskesmas berubah menjadi hanya sebagai "poliklinik pengobatan". Puskesmas akan kehilangan marwah misi utamanya.

Mencermati Kartu Indonesia Sehat[1]

Agus Widjanarko

Dalam berbagai kesempatan berkampanye, termasuk dalam debat calon presiden pada 15 Juni lalu, Calon presiden, ketika itu, Joko Widodo menjanjikan bila kelak terpilih sebagai presiden akan memrogramkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan pada masa pemerintahannya. Berbekal klaim kesuksesan program Kartu Jakarta Sehat (KJS) di Provinsi DKI Jakarta, Jokowi bertekad menerapkan dan memberikan KIS kepada seluruh penduduk Indonesia terutama yang

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam harian Kompas edisi 12 Agustus 2014 dengan judul yang sama.

dipandang miskin atau tidak mampu agar mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan sebaik-baiknya.

Bila KJS merupakan bentuk tanggung jawab pemerintah DKI Jakarta terhadap warganya yang tidak memeroleh jaminan kesehatan dari sumber pembiayaan manapun termasuk yang dianggarkan oleh pemerintah pusat (dahulu Jamkesmas), maka KIS adalah KJS yang cakupan wilayah dan sasarannya diperluas untuk seluruh Indonesia.

Gagasan ini menjadi menarik karena sesungguhnya sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), pemerintah telah mengupayakan suatu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Bidang Kesehatan sejak tahun 2014 ini. JKN adalah suatu jaminan dalam lingkup nasional yang berupa perlindungan kesehatan agar peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Pemerintah RI Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan)..

Terkait dengan iuran yang dibayar oleh pemerintah, formulasinya ialah dalam bentuk iuran yang disediakan untuk fakir miskin dan orang yang tidak mampu supaya mereka dapat menjadi peserta BPJS Kesehatan. Dewasa ini diperkirakan terdapat 86,4 juta jiwa peserta yang

memeroleh bantuan iuran jaminan kesehatan dari sumber dana APBN (sebagian besar mantan pemegang kartu Jamkesmas). Jumlah ini merupakan bagian terbesar dari total peserta BPJS Kesehatan yang hingga akhir Mei 2014 mencapai lebih dari 121 juta jiwa.

PETA JALAN

Karena keterbatasan anggaran negara, dibuatlah peta jalan untuk mencapai kepesertaan semesta, yaitu kepesertaan untuk seluruh warga negara Indonesia. Disepakati, selambat-lambatnya baru pada tahun 2019 semua penduduk yang berdiam di wilayah Republik Indoensia akan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Dengan demikian sampai saat ini masih sekitar separoh jumlah penduduk yang belum terengkuh oleh layanan BPJS Kesehatan.

Menilik kerangka implementasi BPJS Kesehatan ini, perlu dielaborasi lebih mendalam tentang titik-titik mana yang dapat disentuh oleh KIS Capres Jokowi. Penduduk miskin dan tidak mampu yang barangkali masih “tercecer”, kelak ketika telah masuk *data base* pemerintah tentu akan menjadi tanggungan APBN untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan sesuai amanat peraturan perundangan.

Oleh karena itu, akankah KIS berdiri sendiri layaknya institusi asuransi kesehatan swasta tetapi dengan segmen peserta masyarakat miskin dan tidak mampu, atau juga calon peserta dari kategori “pekerja bukan penerima upah” yang memang ditengara ada sebagian yang akan mengalami kesulitan dalam menyediakan pembayaran secara mandiri?

Hanya pertanyaannya, dari mana akan digali sumber pembiayaannya? Bila dari APBN tentu harus diupayakan kriteria pembeda agar tidak berbenturan dengan BPJS Kesehatan. Pendeknya, bisa jadi akan lebih efektif dan efisien jika disatukan ke dalam BPJS Kesehatan manakala sama-sama membebankan penganggarannya pada APBN.

Sulit untuk membayangkan kalau pengimplementasian KIS adalah dengan menggeser keberadaan BPJS Kesehatan – terlepas dari masih banyaknya kendala dalam pelaksanaannya di lapangan – karena legalitas BPJS Kesehatan sudah jelas dan cukup kuat, yaitu "dipayungi" beberapa UU, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden hingga aturan operasional oleh kementerian terkait.

Memang disayangkan, dalam debat capres kedua kemarin, gagasan KIS ini tidak dielaborasi lebih dalam oleh Jokowi maupun coba ditanyakan lebih rinci baik oleh Prabowo ataupun moderator. Padahal KIS ini bersama Kartu Indoensia Pintar menjadi amunisi handal bagi Jokowi dalam mengawal visi ekonomi dan kesejahteraan sosialnya. Alhasil, KIS menjadi sasaran empuk bagi serangan lawan politiknya. KIS menjadi tidak relevan lagi karena sesungguhnya gagasan yang dilontarkan Jokowi sudah terkamodasi dalam BPJS Kesehatan.

Yang semestinya dipahami adalah perbedaan posisi antara sebagai kepala daerah (gubernur atau walikota) dengan presiden selaku kepala pemerintahan di negeri ini. Kepala daerah bisa membuat kebijakan untuk mengisi "celah

kosong" implementasi kebijakan pemerintah pusat. Ketika pembiayaan kesehatan warga miskin tidak semuanya dapat dipenuhi oleh dana APBN (misalnya dahulu yang tidak mendapatkan kartu Jamkesmas), daerah dapat mengalokasikan anggarannya untuk membiayai kesehatan warga miskin non-Jamkesmas dalam bentuk seperti KJS tersebut.

Menjadi Rancu

Akan tetapi ketika terpilih sebagai kepala pemerintahan, yang salah satu tuganya adalah melaksanakan UU, maka menjadi rancu bila presiden menetapkan kebijakan yang menafikan keberadaan peraturan perundangan yang sudah disepakati.

Barangkali akan lebih elegan bila program yang ditawarkan adalah untuk menguatkan sistem BPJS Kesehatan dengan mengadopsi keberhasilan KJS. Memang ini kesannya bukan merupakan gagasan yang orisinil. Namun tetap bisa memberikan nilai lebih dari kondisi saat ini. Misalnya selain meluaskan cakupan bagi warga miskin, juga mengupayakan peningkatan jumlah premi yang dibayarkan, sehingga pelayanan kesehatan diharapkan dapat lebih baik lagi.

Dan yang tidak boleh dilupakan, UU SJSN yang merupakan cikal bakal pelaksanaan JKN adalah produk pemerintahan Megawati.

Miskin, Jaga Kesehatan[1]

Agus Widjanarko

Hanya Fir'aun, manusia yang tidak pernah merasakan sakit sepanjang hidupnya, begitu muatan ceramah ustadz untuk menggambarkan betapa Tuhan 'ngujo' mahkluk yang ingin menyamai Khaliknya itu. Tapi bukan berarti manusia yang senantiasa dilimpahi nikmat sehat merupakan keturunan Fir'aun. Sehat adalah satu diantara dua nikmat ---satunya lagi adalah nikmat sempat --- yang paling sering dilupakan manusia.

[1]Artikel ini pernah dimuat dalam Radar Bromo Edisi 23 Februari 2009 dengan judul yang sama.

Maka bagi manusia, peristiwa sakit merupakan sisi kehidupan yang mesti dilewati dalam perjalanan hidupnya. Masalahnya adalah ketika jatuh sakit, apakah seseorang mampu menjangkau dan dijangkau oleh pelayanan kesehatan yang layak? Tulisan Nur Laily Arifiah dalam Opini Minggu (22 Pebruari 2009) mencoba memotret sisi buram betapa sulitnya masyarakat miskin memperoleh pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan penyembuhan penyakit yang dideritanya. Sehingga dari judulnya saja pembaca bisa terprovokasi: Miskin, Jangan Sakit!

Ketika kebijakan tentang pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin digulirkan oleh Pemerintah Pusat melalui Program Jamkesmas, yang selanjutnya banyak didukung oleh Pemerintah Kabupaten/Kota maupun Pemerintah Propinsi dengan menyediakan anggaran bagi masyarakat yang tidak terdaftar dalam quota Jamkesmas, maka sejatinya ada niat mulia dari pemerintah untuk mensejahterakan rakyatnya. Masyarakat miskin sesuai kriteria BPS (untuk Jamkesmas) ataupun yang dinilai dan disaksikan miskin oleh perangkat RT/RW dan kelurahan setempat (untuk non-Jamkesmas) yang dicoba sakit oleh Tuhan, pada dasarnya telah dijamin biaya pengobatannya --- syarat dan ketentuan berlaku --- oleh pemerintah.

Dengan demikian sebenarnya tidak ada alasan bagi sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) yang mengikuti program Jamkesmas ini untuk menolak pasien, karena pihak manajemennya dapat mengajukan klaim kepada Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah setempat untuk setiap pasien

miskin yang telah dilayani pengobatannya. Nyaris tidak ada perbedaan pengelolaan pembiayaan di rumah sakit pemerintah antara pasien miskin dengan pasien tidak miskin yang berobat. Pasien non-miskin akan membayar retribusi pelayanan kesehatan pada manajemen rumah sakit yang kemudian akan disetorkan sepenuhnya kepada Pemerintah Daerah karena merupakan komponen pendapatan daerah. Sedangkan untuk pasien miskin meskipun mereka tidak membayar retribusi secara langsung tetapi manajemen rumah sakit tidak akan ‘kelabakan’ karena akan dibayar oleh pemerintah melalui mekanisme klaim biaya pelayanan.

Jadi apa untungnya bagi petugas dan sarana kesehatan jika melayani pasien non-miskin serta apa ruginya bila mereka menolak pasien miskin? Relatif tidak ada, karena memang prosedur yang baku tidak menjanjikan keuntungan sekaligus tidak memberikan ancaman kerugian.

Bahkan ketika masih bernama program Askeskin, Bu Menkes sempat ‘mencak-mencak’ ketika meneliti betapa besarnya klaim beberapa rumah sakit yang dinilai tidak sepadan dengan kelas rumah sakit tersebut. Di masyarakat juga beredar informasi bahwa kalau ingin mendapat pelayanan kesehatan yang manusiawi sebagai pasien miskin, sebaiknya berobat saja ke rumah sakit X. Bisa jadi selain karena penerapan manajemen mutu yang sudah baik dan terakreditasi, juga karena manajemen dan petugas rumah sakit tersebut barangkali sudah memahami benar hak-hak yang akan diperolehnya (setelah melaksanakan kewajibannya) ketika melayani pasien miskin. Hal ini

menandakan bahwa tidak ada yang perlu dirisaukan dalam pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Logikanya, apabila masyarakat miskin itu telah melengkapi semua berkas yang dipersyaratkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis (Kartu Jamkesmas atau Surat Keterangan Miskin dari pejabat setempat), serta setiap sarana pelayanan kesehatan telah mematuhi pedoman yang ditetapkan, maka tidak akan ada polemik tentang pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Namun sangat disadari bahwa petugas kesehatan adalah manusia juga. Begitu pula pasien, mereka juga manusia. Benturan akan terjadi bila kepentingan-kepentingan sepihak yang mengemuka, kepentingan yang dilandasi "*basic instinct*" mereka sebagai manusia.

Selama di bangku sekolah petugas kesehatan telah diajarkan etiket dan etika pemberian pelayanan, serta saat bertugas sudah dibekali standar pelayanan. Banyak diantara mereka yang mampu mengimplementasikan kaidah-kaidah pelayanan tersebut. Tetapi ada juga yang kepribadian dan karakter dasarnya tidak mudah menerima kaidah-kaidah yang digariskan. Jangankan kepada pasien miskin, kepada pasien non-miskin saja 'bawaannya' kethus melulu. Barangkali perlu dipikirkan bahwa untuk masuk pendidikan/ sekolah kesehatan, selain tes tulis maupun tes fisik lainnya, calon mahasiswa diharuskan mengikuti tes kejiwaan. Kepribadian dan karakternya sesuai atau tidak untuk kelak menjadi petugas kesehatan yang kental dengan nilai-nilai kehidupan sosial.

Sebaliknya, tidak jarang efuoria reformasi terkadang dimaknai ‘kebablasan’ oleh masyarakat, termasuk dalam pola pencarian pengobatannya. Pasien yang tidak termasuk dalam quota Jamkesmas serta secara ekonomi tidak layak disebut miskin (misalnya pergi ke rumah sakit diantar mobil pribadi, keluarga yang menjaganya beraksesoris mahal, tidak mau ditempatkan di kelas 3) --- sehingga merasa malu untuk minta Surat Keterangan Miskin --- oleh karena membayangkan pengeluaran biaya pengobatan yang banyak, maka mereka terkadang memanfaatkan kekerabatannya atau pertemanannya dengan para pemangku kepentingan untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis!!

Adalah tugas kita semua, termasuk media massa dalam memberikan kontrol sosial terhadap pelaksanaan program Jamkesmas ini. Peliputan media massa secara *cover both side* sangat diharapkan. Jadi tidak hanya meliput perilaku pemberi pelayanan, tetapi juga perilaku pengguna pelayanan. Lebih dari itu, karena pepatah mengatakan “lebih baik mencegah daripada mengobati”, maka menjadi tugas para pemangku kepentingan untuk mendorong masyarakat miskin agar bisa menjalani hidupnya dalam kondisi tetap sehat. Memfasilitasi mereka untuk menjaga kesehatannya agar tidak jatuh sakit.

Gotong Royong Jamkesda dan Jamkesprov[1]

Yandrizal

Jaminan kesehatan yang merupakan salah satu bentuk jaminan yang termasuk dalam sistem jaminan sosial nasional (SJSN) sesuai UU RI No. 40 Tahun 2004, dimana seluruh warna negara wajib menjadi peserta Jaminan kesehatan nasional. Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional menurut UU RI No, 24 Tahun 2011 adalah Badan Penyelenggara Jamiman Sosial (BPJS) Kesehatan. Menurut Peraturan Presiden RI No. 12 Tahun 2013, Jaminan

[1] Dimuat dalam Harian Rakyat Bengkulu Edisi 9 Desember 2013 dengan judul yang sama.

Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pemerintah dalam hal ini adalah pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota mempunyai kewajiban membayar iuran bagi masyarakat miskin/tidak mampu.

Pemerintah pusat selama ini telah menjamin pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan diatas garis kemiskinan melalui program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), pemeritah provinsi dan kabupaten/kota melalui program jaminan kesehatan provinsi dan jaminan kesehatan daerah/Kota. Pelaksanaan jaminan kesesehatan daerah ada yang telah menerapkan prinsip sistem jaminan kesehatan tetapi banyak juga pelaksanaan Jamkesda menerapkan pengantian biaya pelayanan di rumah sakit termasuk Jaminan Kesehatan Provinsi Bengkulu (Jamkesprov). Pelaksanaan Jamkesprov tidak menerapkan pola hubungan tripartit, bentuk asuransi kesehatan *managed care* menggunakan pola hubungan tripartit, yaitu hubungan antara peserta, penyelenggara asuransi kesehatan dan pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang telah dikontrak oleh pihak penyelenggara asuransi kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta, tetapi jamkesprov menerapkan pola bentuk asuransi kesehatan tradisional dengan sistem

reimbursement (pengantian biaya). Dampak dari pelaksanaan Jamkesprov dengan sistem pengantian biaya dan jumlah peserta ”tidak terbatas” adalah tidak cukupnya dana yang disediakan dan terjadi ketidakadilan pendistribusian peserta yang mendapat bantuan. Hal ini dapat kita lihat pada tahun 2013 dana jamkesprov tersedia 6 M, tetapi sampai bulan Agustus sudah habis dan disahkan pada APBD-P 2013 tambahan 19 M jadi total 25 M, dan 40% lebih yang mendapatkan Jamkesprov adalah masyarakat Kota Bengkulu yang dekat dengan RSUD M. Yunus, apalagi anggaran jaminan kesehatan kota tahun 2013 belum terlaksana sehingga Jamkesprov menjadi tumpuan. Penggunaan anggaran jaminan kesehatan apabila berpedoman kepada Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 definisi jaminan kesehatan adalah memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, atau diperuntukan bagi pelayanan kesehatan orang sakit, tidak ada untuk pergunaan yang lain, seperti untuk transportasi, kecuali untuk ambulan/mobil jenazah. Apabila pemerintah daerah ingin membantu transportasi masyarakat yang berobat ke pelayanan kesehatan dapat mengalokasikan dalam bentuk Bansos.

Mulai 1 Januari 2014 program jaminan kesehatan nasional dilaksanakan oleh Badan Penyelenggaran Jaminan Kesehatan (BPJS). Pemerintah Pusat melalui APBN yang dikelola BPJS mulai tahun 2014 hanya menyediakan anggaran untuk 86,4 juta jiwa atau 36,3% penduduk

Indonesia yang termasuk miskin dan diatas garis kemiskinan disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI). Bagi masyarakat miskin yang belum mendapat PBI, seharunya mendapat jaminan kesehatan provinsi bergotong royong dengan jaminan kesehatan kabupaten/kota untuk membantu iuran masyarakat tersebut. Apabila pada tahun 2014 anggara jamkesda dikabupaten/kota dan jamkesprov berjumlah 24 M, bantuan Iuran kapitasi untuk PBI sebesar Rp. 19.225/jiwa/orang,- berarti jaminan kesehatan se Provinsi Bengkulu (seluruh Kab/kota dan Provinsi) dapat menjamin 104.031 jiwa, apabila BPJS menjamin masyarakat miskin Provinsi Bengkulu 628.608 jiwa sesuai tahun 2013, maka total masyarakat miskin dan diatas garis kemiskinan yang mendapat jaminan kesehatan penerima bantuan iuran (PBI) sebanyak 732.640 (41,46%) penduduk Provinsi Bengkulu.

Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/kota mari bergotong royong untuk memjamin masyarakat miskin yang belum mendapat PBI, tetapi Pemerintah Provinsi Bengkulu perlu Penyesuaian Perda No. 7 Tahun 2012 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Provinsi Bengkulu dengan Perundangan dan Peraturan yang lebih tinggi terkait jaminan kesehatan, sehingga pelaksanaan Jamkesprov tahun mendatang : 1) dilaksanakan oleh Badan penyelenggara dalam hal ini diserahkan kepada BPJS; 2) menentukan masyarakat miskin yang berhak mendapatkan jamkesprov bersama-sama dengan kabupaten/kota sehingga tidak tumpang tindih dengan BPJS, 3) RSUD M. Yunus Bengkulu

tidak lagi menjadi penyelenggara jaminan kesehatan provinsi (sesuai Pasal 12 ayat 1 Perda No. 7 Tahun 2012).

Masyarakat yang telah memiliki jaminan kesehatan akan menghemat pengeluaran apabila sakit dan harus dirawat di rumah sakit, atau dapat segera ke pelayanan kesehatan karena telah ada yang menjamin pembayarannya, sehingga dapat menjaga kesehatan untuk tetap produktif/bekerja mencari penghasilan. Jaminan kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Pemeritah termasuk DPRD kabupaten/kota dan Provinsi mempunyai tujuan yang sama yaitu meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan jaminan kesehatan provinsi yang belum mendapatkan PBI dari BPJS merupakan salah satu upaya yang dapat mewujudkan tujuan. Agar dapat mewujudkan kesejahtaraan masyarakat salah satu upaya memberi jaminan kesehatan, maka DPRD provinsi dapat segera merevisi Perda No. 7 Tahun 2012, yang merupakan salah satu persembahan terakhir Anggota DPRD masa bakti 2009-2014 untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat melalui jaminan kesehatan.

PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan Gratis; Masalah dan Solusi[1]

Yandrizal

Pembangunan kesehatan telah memberi dampak peningkatan derajat kesehatan masyarakat, meskinpun demikian hasil pembangunan tersebut masih belum dapat didimakti secara merata oleh seluruh penduduk dan belum memuaskan. Menyadari akan hal ini, pada tahun 1999 Pemerintah menyusun strategi/kebijakan pembangunan kesehatan yang baru dengan visi Indonesia Sehat 2010. Salah satu dari empat strategi pembangunan kesehatan

[1]Dimuat dalam Harian Rakyat Bengkulu Edisi15 April 2005 dengan judul yang sama.

untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Strategi JPKM untuk memantapkan kemandirian masyarakat dalam pola hidup sehat, sehingga perlu digalang peran serta masyarakat yang seluar-luasnya termasuk peran serta dalam pembiayaan. Undang-undang atau peraturan yang mengharuskan pemerintah mengembangkan jaminan sosial antara lain: 1) Undang-Undang Dasar 1945 setelah Amandemen keempat tahun 2002. Pasal 34 (ayat 2), Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; 2) Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 66 ayat (1) Pemerintah mendorong; membina dan mengembangkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM); 3) Undang-undang NO. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, pasal 22 dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban point (h) mengembangkan sistem jaminan sosial. Pemerintah Daerah harus berupaya menyusun sistem jaminan kesehatan sosial sebagai salah satu jaminan sosial yang harus dikembangkan; 4) Undang-undang No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dimana pelaksanaan SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarga; Putusan Makamah Konstitusi RI perkara 007/PUU-III/2005 yang dibacakan pada tanggal 31 Agustus 2005 dihadapan sidang terbuka. Mahkamah Konstitusi (MK) mengabulkan

judicial review yang mempersoalkan UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Mahkamah Konstitusi mengabulkan sebagaian permohonan yakni *judicia review* atas pasal 5 ayat 2, 3 dan 4 UU No. 40, karena pasal itu bertentangan dengan UUD 1945. Dengan putusan itu Pemerintah Daerah memiliki hak untuk membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah (BPJSD) (Mukti & Moertijahjo, 2007); 5) Peraturan Pemerintah Nomor : 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan. Pembangian Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan. Bidang Pembiayaan Kesehatan, Sub Bidang Pembiayaan Kesehatan Masyarakat, Pemerintah Daerah Propinsi mempunyai tugas (a) Pengelola/ penyelenggara, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala propinsi; (b) Bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (Tugas Perbantuan); 6) Peraturan Daerah Propinsi Bengkulu No. 23 Tahun 2006 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan, Sumber Dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Pemerintah dapat mengembangkan jaminan kesehatan sosial sebagai sistem pembiayaan kesehatan perorangan, bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin sumber dananya berasal dari pemerintah. Mulai dari Undang-undang Dasar dan beberapa Undang-undang sampai Peraturan Pemerintah jelas mengharuskan pemerintah (Pemerintah Pusat dan Daerah) mengembangkan jaminan

sosial, tetapi mengapa belum atau justru melaksanakan program pelayanan gratis ?

Pelayanan Gratis

Pelayanan kesehatan gratis bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Alasan pelayanan gratis di beberapa daerah seperti di Kepulauan Riau (Kepri) dan Toba Samosir (Sumut) serta daerah lain adalah karena tarif (Gani, 2007) sehingga akses ke pelayanan kesehatan belum optimal. Mulai diterapkan Pilkada, layanan kesehatan gratis menjadi jualan Utama para peserta pilkada (www.pamjaki) hal ini dapat kita lihat dari beberapa pilkada yang telah dilaksanakan. Diterapkan pelayanan kesehatan gratis menurut Gani 2007, perlu dipertayakan : 1) Apakah efektif memecahkan masalah kesehatan?; 2) Bagaimana dengan pemerataan (*equitable*)/? 3) Apakah efisien?; 4) Bagaimana kelanjutan (*sustainable*)?; Adakah alternatif lain?

Berdasarkan kajian pelayanan kesehatan gratis di Kepri pemanfaatan (utilisasi) Puskesmas oleh masyarakat umum naik 3 kali, oleh keluarga miskin 1,3 kali, pemanfaatan yang mengunakan Askes turun 0,8 kali. Bebab staf bertambah untuk pelayanan kuratif, ketersediaan waktu untuk kegiatan luar gedung (kesehatan masyarakat) terbatas, pelayanan gratis juga dimanfaatkan oleh semua masyarakat yang sudah ditanggung oleh asuransi kesehatan tertentu. Biaya total obat meningkat dua – tiga kali lipat,

akan tetapi karena Pemda tetap mengalokasikan jumlah yang cukup, tidak terjadi kekurangan obat. Masyarakat menuntut gratis untuk pelayanan yang sebetulnya tergolong "*private good*" seperti ANC oleh spesialis, pelayanan SC dan chitanan.

Bupati Jembrana melakukan reformasi sistem pelayanan kesehatan dengan membentuk Lembaga Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) melalui Surat Keputusan Bupati Jembrana Nomor 572 Tahun 2002 sebagai UPT yang berada dibawah Dinas Kesehatan dan Kesos Kabupaten Jembrana. Selanjjutnya Keputusan Bupati Nomor 31 Tahun 2003 mengalihkan subsidi yang semula diberikan untuk biaya obat-obatan RSUD dan Puskesmas bentuk premi kepada seluruh masyarakat untuk biaya rawat jalan tingkat pertama di unit pelayanan kesehatan yang mengikat kontrak kerja dengan Bapel/Badan Penyelenggara JKJ. Ternyata subsidi dari APBD tahun 2003 sebesar 2,43 Milyar, tahun 2004 meningkat menjadi 5.1 Milyar (lebih dari 100%) dan tahun 2006 meningkat lagi menjadi 7,6 Milyar (300% disbanding tahun 2003) dengan jumlah penduduk hanya 260.366 jiwa. Menurut pendapat masyarakat masalah yang akan dihadapi dengan dilaksanakannya Program JKJ ini adalah masalah pendanaan. Hal ini didasarkan pada kenyataan yang ada bahwa PAD Kabupaten Jembrana sangat kecil hanya 2,5 Milyar Tahun 2000, kemudian menjadi 5,5 Milyar Tahun 2001. Tetapi kekewatiran tersebut menjadi hilang ketika Bupati Jembrana dengan komitmen yang besar sehingga mengalokasikan sejumlah dana untuk pembiayaan program

tersebut. Kemudian kekawatiran masyarakat yang lain muncul, tidakkah program ini berhenti kalau Bupatinya diganti. Tetapi kekawatiran itupun terjawab dengan adanya Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana

Masalah

Berdasarkan pengalaman di atas pelayanan kesehatan gratis sangat mungkin menimbulkan masalah antara lain : 1) meningkatknya jumlah kunjungan akan berdampak pada peningkatan pengunaan obat-obatan, kita ketahui dengan harga obat yang tinggi akan menyedot anggaran kesehatan untuk upaya perorangan. Upaya kesehatan masyarakat yang ternyata lebih besar pengaruh untuk pencapai IPM Bidang kesehatan dengan indikator dilihat dari kemampuan hidup secara fisik yaitu dengan melihat angka harapan hidup; Umur Harapan Hidup (http://www.bkkbn.go.id). 2) beban kerja staf meningkat dapat menurunkan mutu pelayanan apabila tidak diiringi dengan tambahan insentif, meningkatnya kasus rujukan dapat berdampak kepada masyarakat yang tidak mampu berobat ke Rumah Sakit dan dapat mengurangi waktu kerja untuk upaya kesehatan masyarakat; 3) masyarakat yang sulit mendapatkan pelayanan karena geografi, tetap akan sulit mengakses unit pelayanan; 4) apabila banyak masyarakat yang telah mempunyai asuransi memanfaatkan pelayanan

gratis berarti pemerintah memyumbang perusahaan asuransi; 5) meningkatkan anggaran karena jumlah kunjungan meningkat berdasarkan pengalaman Kabupaten Jembrana dan Kab di Kepri, apabila tidak dapat ditanggulangi akan berdampak kepada langsungan program dan menurunkan kridibilitas dan kepercayaan masyarakat kepada Kepala Daerah.

Solusi

Sesuai dengan ketatapan Undang-undangan Dasar dan Undang-undang serta Peraturan lainnya yang telah ada maka, pemerintah (Pusat dan daerah) perlu menjalankan amanah undang-undang untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Keterbatasan anggaran karena meningkatnya jumlah kunjungan berdampak pembelian obat-obatan meningkat, jasa medis meningkat, harus menjadi pemikiran utama Pemerintah Daerah dalam menyusun kebijakan pelayanan kesehatan gratis. Solusi kesinambungan dalam menjamin pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin dan di atas garis kemiskinan adalah dengan membentuk Jaminan Kesehatan Sosial. Jaminan Sosial mempunyai prinsip : 1) Kegotong-royongan; 2) nirlaba; 3) keterbukaan; 4) kehati-hatian; 5) akutabilitas; 6) portabilitas; 7) kepesertaan wajib; 8) dana amanat dan 9) hasil pengelolaan (Mukti AG, Moertjahjo, 2007). Antisipasi kecilnya PAD suatu daerah dapat mengkwatirkan kelansungan Pelayanan kesehatan gratis, kita dapat

mencontoh Kabupaten Jembrana yang telah membuat Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana, dan Kabupaten Toba Samosir dengan jumlah penduduk 172.240 jiwa yang miskin 30.400 (hanya 18%) telah mengembangkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Husada Paripurna, premi masyarakat miskin ditanggung penuh oleh Pemda, sedikit di atas garis kemiskinan 50% : 50% pemda dan masyarakat, sedangkan masyarakat mampu premi bayar sendiri sebesar Rp. 6.000/bulan/orang atau Rp. 72.000/orang/tahun, Pemda Tobasamosir tahun hanya mengeluarkan 1,4 Milyar.

Sekarang ini saat yang tepat untuk mengusulkan Peraturan Daerah pembentukan Badan Jaminan Kesehatan Sosial Daerah karena banyak Daerah Sedang membahas PP Nomor 41 Tahun 2007. Banyak Daerah yang mengusulkan Pembentukan Badan Jaminan Kesehatan sebagai Unit Pelaksanan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan (Buletin Desentralisasi Kesehatan, 2007). Pembentukan Jaminan Kesehatan Sosial Daerah merupakan implemetasi dari Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tetang Pembagian Urusan Pemerintah, Bidang Kesehatan. Bidang Pembiayaan Kesehatan, Sub Bidang Pembiayaan Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 2007 tentang Organisiasi Perangkat Daerah. Semoga dengan Jaminan Sosial Kesehatan Pemerintah dapat menjamin pelayanan kesehatan masyarakat bukan hanya pelayanan dasar di Puskesmas saja tetapi sampai pelayanan rujukan ke

rumah sakit Umum daerah, propinsi bahkan rumah sakit umum pusat.

Puskesmas dapat Efisiensikan Pelayanan[1]

Yandrizal

Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN adalah suatu program Pemerintah dan Masyarakat/Rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat mulai dari pelayanan primer diantaranya adalah Puskesmas sampai pelayanan tersier atau pelayanan rujukan

[1] Dimuat dalam Harian Rakyat Bengkulu Edisi 24 Nopember 2013 dengan judul yang sama.

tertinggi di Indonesia. Masyarakat telah banyak mengetahui puskesmas yang memberikan pelayanan pengobatan/ perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, senigga peran puskesmas memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan efisien sangat menentukan pada pelaksanaan JKN.

Efisiensi bagi Puskesmas

Menghadapi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Puskesmas merupakan salah satu pemberi pelayanan kesehatan primer, agar diminati oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional Puskesmas harus membenahi ruang pengobatan dan memperbaiki mutu pelayanan serta mengupayakan buka pelayanan kesehatan pada sore hari. Puskesmas: Fungsi Puskesmas: 1) Pusat pengerak pembangunan berwawasan kesehatan; 2) Pusat pemberdayakan masyarakat; 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama/primer yang meliputi pelayanan kesehatan peorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelaksanan JKN untuk pelayanan kesehatan primer, pembayaran dengan sistem kapitasi. Puskesmas merupakan pemberi pelayanan kesehatan primer yang lengkap, sehingga harus dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan dapat memuaskan pasien. Kapitasi menuntut PPK I/puskesmas lebih kreatif dalam pengelolaan dana kapitasi melalui peningkatan kualitas pelayanan dengan upaya promotif dan preventif untuk menekan angka kesakitan di

samping menegakkan diagnosis secara tepat dan mengobati pasien secara efisiensi untuk mempercepat kesembuhan. Puskesmas mempunyai tugas lain yaitu pelayanan kesehatan masyarakat, akan dapat menurunkan jumlah masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas karena sakit, menurunkan jumlah kunjungan untuk berobat akan mendapat lebih besar untuk setiap kunjungan, sebaliknya apabila masyarakat lebih banyak yang berkunjungan ke puskesmas karena sakit puskesmas akan lebih kecil lagi yang diperoleh untuk setiap kunjungan. Pembayaran sistem kapitasi untuk pelayanan primer akan menguntungkan Puskesmas, karena Puskesmas mempunyai tenaga dan anggaran lain yaitu Biaya Operasional Kegiatan (BOK) untuk upaya promotif dan preventif, mempunyai laboratorium kesehatan, apotek sederhana. Puskesmas agar lebih diminati masyarakat, Pemerintah kab/kota perlu perbaikan kelengkap sarana dan peralatan medis, jasa medis dapat langsung diterima puskesmas, dan pembinaan oleh Dinas Kesehatan kab/kota secara fokus serta konsisten sangat diperlukan sehingga puskesmas menjadi pilihan utama masyarakat untuk pelayanan kesehatan primer.

Efisensi bagi Masyarakat

Pelayanan kesehatan perorangan yang bermutu di puskesmas akan menurunkan junlah rujukan ke rumah sakit. Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang dilakukan sesuai dengan standar profesi dokter, pelayanan bernutu

diantaranya penyakit/diagosa tertentu dapat diobati oleh tenaga medis di puskesmas tidak dirujuk, bahkan pelayanan kurang bermutu apabila penyakit yang dapat diobati oleh dokter di puskesmas dilayanai oleh dokter spesialis di rumah sakit. Pelayanan yang bemutu sering disalah persepsikan oleh masyarakat sehingga mengatakan pelayanan puskesmas tidak bermutu. Masyarakat perlu menyadari pelayanan jaminan kesehatan nasional bukan pelayanan gratis, bahkan sudah lebih dahulu dibayar sebelum masyarakat mendapatkan pelayanan di puskesmas. Masyarakat harus menghilangkan persepsi pelayanan kesehatan gratis kurang bermutu sehingga memaksa untuk dirujuk ke rumah sakit. Rujukan ke rumah sakit berdampak kerugian karena masyarakat harus mengeluarkan biaya transportasi, tidak dapat bekerja baik pasien maupun keluarga yang mengantarkan. Masyarakat diharapkan dapat memahami dan nyakin dengan kemampuan tenaga puskesmas memberikan pelayanan yang bermutu, sehingga jangan memaksa untuk minta dirujuk apabila menurut tenaga puskesmas tidak harus dirujuk, karena dapat merugikan masyarakat sendiri.

Efisiensi bagi Penyelenggara

Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, badan penyelenggara jaminan sosial menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan

serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 3 dan penjelasannya). Puskesmas sebagai salah satu pemberi pelayanan kesehatan primer dapat berfungsi mengendalikan mutu, biaya untuk meningkatkan efisiensi dan efektititas. Fungsi ini dapat ditingkatkan apabila badan penyelenggaran memberi perhatian lebih fokus untuk perbaikan mutu dan bekerja sama memberikan pelayanan kesehatan primer seperti puskesnas untuk melakukan pelayanan kesehatan masyarakat. Keberhasilan pelayanan kesehatan perorangan akan menurunkan jumlah rujukan ke rumah sakit, keberhasilan pelayanan kesehatan masyarakat akan menurunkan jumlah kunjungan masyarakat berobat karena sakit ke puskesmas. Keberhasilan ini akan mengurangi pengeluaran untuk biaya pelayanan di rumah sakit sehingga akan lebih efisien bagi badan penyelenggara.

Puskesmas dalam memberi pelayanan kesehatan primer masih perlu diberikan pembinaan agar dapat meningatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. Dinas Kesehatan pelu mencari model pembinaan yang efisien dan efektif. Sedangkan badan penyelenggra diharapkan melakukan pembinaan kepada Puskesmas diarahkan dalam bentuk pembinaan upaya peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pasien. Upaya promotif dan preventif yang dilakukan seperti senam bersama, *general chek up* untuk peserta berusia di atas 40 tahun, dan penyuluhan-penyuluhan lainnya dapat diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sebagai penanggung jawab

bidang kesehatan dan mempunyai puskesmas yang akan melaksanakan upaya promotif dan preventif sesuai fungsi Puskesmas sekaligus sebagai bentuk pembinaan.

Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yang akan dimulai Januari 2014, Badan Penyelenggaran Jaminas Sosial (BPJS) Kesehatan berkoordinas dengan Dinas Kesehatan Kab/kota dan Provinsi untuk melakukan pembinaan terhadap puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan primer yang agar dapat memberi pelayanan yang bermutu dan memuaskan pasien sebagai bentuk tanggung jawab kepada peserta.

Upaya Promotof dan Preventif

Puskesmas berfungsi Pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat publik (*Public Goods*) tujuan utama memelihara dan meningkatkan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatkan kesehatan keluarga, keluarga berencana kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya, Puskesmas telah melakukan pelayanan kesehatan masyarakat upaya promotif seperti lain penyuluhan di Posyandu, dan upaya preventif seperti pemeriksaan kehamilan, pemantauan jentik perawatan kesehatan masyarakat dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta kegiatan lain-lainnya.

Pelayanan kesehatan masyarakat dalam bentuk upaya promotif dan prevetif sangat bermanfaat untuk menurunkan jumlah kunjungan berobat ke puskesmas, dan pelayanan pengobatan yang baik akan menurunkan jumlah rujukan. Dinas Kesehatan Kota diharapkan dapat melakukan pembinaan pelayanan kesehatan masyarakat dengan fokus kepada penyakit-penyakit terbanyak dan dapat dicegah dengan upaya promotif dan preventif. Keberhasilan pelayanan kesehatan di puskesmas dapat mengefisiensikan dan mengefektifitaskan pelayanan jaminan kesehatan yang menguntungkan masyarakat, pemerintah dan badan penyelenggara.

Hadapi Banjir Rumah Sakit Asing[1]

Budiono Darmadji

Dalam sistem kesehatan nasional peran rumah sakit sangat penting, karena merupakan pendukung vital dalam menanggulangi masalah kesehatan secara komprehensif. Sesuai dengan UU RI No.23 tahun 1992 tentang kesehatan dijelaskan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus diselenggarakan dengan menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Rumah sakit

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi 09 Juni 2007 dengan judul yang sama.

sebagai salah satu fasilitas layanan kesehatan memiliki peran yang strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Peran strategis ini karena rumah sakit merupakan organisasi yang padat teknologi, padat modal, padat karya, bahkan sampai padat masalah. Peran tersebut dewasa ini makin menonjol mengingat pesatnya perubahan, transformasi epidemiologi penyakit, perubahan IPTEK, perubahan struktur sosio-ekonomi masyarakat yang menuntut layanan kesehatan yang lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang selalu menginginkan perbaikan pada pola pelayanan.

Sadar atau tidak sejak tahun 2003 negara-negara kawasan Asia Tenggara telah memasuki era perdagangan bebas, yang akan diperluas lagi untuk kawasan Asia Pasifik pada 2010, dan dunia akan disatukan pada 2020 melalui mekanisme WTO. Sejak sepuluhan tahun yang lalu sudah dibahas isu tersebut dengan segala konsekuensinya bagi tata kehidupan masyarakat kita. Cemas, takut, belum siap, itulah jawaban yang muncul bagi negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Pada era perdagangan bebas dan globalisasi, membawa lahan subur penanaman modal asing dalam bidang kesehatan terutama dalam jasa pelayanan rumah sakit salah satu konsekuensinya menyebabkan banyaknya alternatif pilihan bagi pasien untuk memilih jasa tersebut. Hal ini jelas bahwa RS yang bermutulah yang akan menjadi pilihan pasien. Oleh karena itu menjadi tantangan bagi RS domestik baik RS pemerintah maupun swasta untuk

meningkatkan kualitas pelayanan agar tetap dapat ”survive” dan ”sustainable”.

Ironis sekali pemerintah yang secara formal menyetujui keterlibatan Indonesia memasuki era perdagangan bebas tersebut, ternyata sampai sekarang belum banyak langkah strategis untuk menghadapi dampaknya, apalagi langkah strategis di bidang kesehatan?? Kondisi riil yang bisa kita lihat adalah dunia usaha sibuk membangun aliansi dengan kekuatan internasional untuk mengamankan diri, sementara sebagian besar masyarakat terutama pekerja dan petani yang notabene termasuk golongan ”elite” (ekonomi sulit) dibiarkan bergerak sendiri bahkan seolah-olah tidak tahu apa-apa tentang isu tersebut. Sementara organisasi di bidang kesehatan belum tampak adanya ”satu suara” guna menghadapi era tersebut. Apakah kita hanya bisa merenung saja melihat kondisi di atas? Sementara dampak perdagangan bebas dan globalisasi yang tidak bisa kita bendung telah membawa angin yang segar untuk tumbuh dan berkembangnya investor asing yang memiliki ”taring kuat” guna mengembangkan ”brand” organisasi-nya untuk melakukan promosi dan beroperasi di Indonesia. Tidak hanya lembaganya saja yang bisa beroperasi, tetapi nanti mata kita akan terbelalak ketika melihat dokter luar negeri yang membuka praktek di rumah sakit tanah air kita, tenaga kesehatan lain dengan standar yang tinggi banyak berdatangan ke Indonesia untuk ikut bersaing dalam persaingan ”bisnis” di bidang pelayanan kesehatan. Sementara kita, sudah siapkah bersaing??

Sebagai contoh kita lihat kondisi di Surabaya, meskipun secara tidak langsung rumah sakit terutama yang berada di wilayah Surabaya sudah dipetakan berdasarkan konsep geografis (wilayah barat ada RS Mitra Keluarga, Surabaya Utara ada RS Pelabuhan, Surabaya Pusat ada RS dr. Soetomo, RS Budi Mulia & RS Darmo, Surabaya Timur ada RS Haji dan HCOS, Surabaya Selatan ada RSAL dr. Ramelan) itu belum termasuk rumah sakit-rumah sakit kecil yang turut andil bagian untuk menyediakan jasa pelayanan kesehatan pada masyarakat, tetapi itu masih belum bisa menjawab apakah kita siap menghadapi globalisasi nanti.

Ada RS yang membuka cabang atau satelit2 sebagai upaya untuk mengembangkan rumah sakit, tetapi bagaimana dengan standar pelayanan yang diberikan? peralatan yang disediakan? tenaga yang melayani? Rumah Sakit tidak bisa memakai konsep “mengharapkan hasil atau keuntungan yang sebesar-besarnya tanpa dibarengi standar dan kualitas pelayanan yang memadai yang kita berikan pada customer”. Fakta masih menunjukkan banyak saudara-saudara kita dari golongan menengah ke atas lebih percaya dan memilih berobat ke negara tetangga seperti Malaysia, Singapura, Filipina dan Thailand yang memberikan kualitas pelayanan yang lebih baik dengan effective cost. Akankah hal tersebut kita biarkan terus? Perlu langkah nyata secepatnya dan terobosan ”revolusioner” dari pihak yang terkait dan kompeten di bidang perumahsakitan dalam merombak sistem pengelolaan RS baik pada RS pemerintah maupun swasta agar bisa berjalan efektif dan efisien serta

diterima banyak pihak terutama dalam menghadapi era perdagangan bebas.

Sadar atau tidak kalau kondisi tersebut kita biarkan terus dan kita hanya berdiam diri serta hanya ribut dengan masalah internal organisasi, maka saya mengatakan bahwa institusi pelayanan kesehatan kita terutama Rumah Sakit sudah layak untuk “dijajah” oleh investor bangsa lain, kalau kita tidak peka dan mempersiapkan “pejuang-pejuang” maka kita akan mempunyai semboyan baru ” mati segan hidup pun tak mampu”. Kita lihat iklan-iklan di media cetak ataupun elektronik hampir ada setiap hari yang menunjukkan kecanggihan teknologi atau keberhasilan pelayanan yang diberikan oleh ”layanan kesehatan asing”. Itu belum lagi media marketing yang lain, misalnya seminar, *gathering* dan sebagainya. Ironis memang kalau kita melihat, dengan alasan ”branding” atau mendapatkan citra yang lebih baik rumah sakit ada yang berani ”menjual dirinya” untuk ”meng-ekor” atau bahkan berubah status kepemilikanya. Bukannya ingin meningkatkan dan memperbaiki kualitas internal organisasinya, tetapi malah bangga dengan memakai ”*brand*” dari orang lain. Hal tersebut bisa dimaklumi kalau rumah sakit tersebut memang ”layak” melakukannya. Kita pernah mendengar juga RS melakukan ”*benchmarking*” ke negara maju, tetapi penerapannya masih jauh dari apa yang diharapkan (apakah sibuk dengan oleh-oleh jalan-jalannya atau memang sulit untuk menerapkan hasil ”benchmark”-nya??), kita masih sering ribut dengan permasalahan intern Rumah Sakit

dengan alasan SDM yang kurang memadai, tidak cukupnya dana untuk pengembangan, alat-alat yang usang, bangunan fisik yang tidak bagus dan lain sebagainya. Apalagi kalau kita perhatikan terutama pada rumah sakit pemerintah citra di mata masyarakat cenderung negatif (red. birokratis, *low performance*, petugasnya kurang ramah, bahkan ada yang terkesan kumuh).

Oleh karena itu, pada era perdagangan bebas dan globalisasi pimpinan rumah sakit perlu melakukan ”brain washing” terhadap top management di rumah sakit agar tidak mengalami ”brain drain” dan mempunyai ”mindset” yang sama dengan memfokuskan strategi perencanaan, pengorganisasian, pengoperasian dan pengendalian sehingga benar-benar siap dengan daya saing di tingkat global. Di mana dalam era tersebut, para konsumen bebas memilih rumah sakit mana yang mampu memberikan pelayananan yang memuaskan, profesional dengan harga bersaing sehingga strategi dan kinerja rumah sakit harus berorientasi pada konsumen (customer oriented).

RS Swadana

Dengan melihat kondisi di atas maka pemerintah harus meningkatkan profesionalisme SDM di bidang kesehatan dan melakukan ”penguatan organisasi”. Selain itu pemerintah harus bisa sebagai fasilitator untuk terlaksananya pelayanan medik, bermutu, efisien, adil dan merata dengan layanan atau service yang bagus, price yang

kompetitif, promotion yang tetap beretika, proses pelayanan yang mengutamakan kepentingan customer dan sumber daya manusia yang handal dan berkompeten di bidangnya dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada customer. Yang lebih penting adalah harus ada aturan main (Undang-Undang atau peraturan) yang jelas dalam bidang perumahsakitan dalam menghadapi era perdagangan bebas tersebut. Untuk Pemerintah daerah yang menekan RSUD sebagai salah satu PAD, yang harus diperhatikan adalah kesiapan organisasi rumah sakit itu sendiri, baik dari sisi kepemimpinan (*leadership*), hubungan antar berbagai subsistem di rumah sakit serta manajemen yang berjalan dengan baik. Belum lagi aspek manusianya. Sehingga, pengembangan rumah sakit menuju rumah sakit yang bermutu akan memiliki tingkat keberhasilan yang lebih tinggi jika berada di lingkungan yang ideal, yaitu lingkungan eksternal kondusif, organisasi rumah sakit siap serta manusianya pun bermotivasi tinggi dan mau berubah. Kalau perlu harus ada reformasi terhadap bentuk dan status RS Pemerintah dari institusi birokrasi ke arah korporasi (RS Swadana). Hal tersebut sudah menjadi topik pembicaraan baik di kalangan pemerintah, akademisi maupun masyarakat awam sekalipun. Di dalam perjalanannya, ada beberapa rumah sakit pemerintah yang sudah mengubah bentuk status hukumnya dari institusi birokrasi menjadi korporasi. Pemerintah melakukan perubahan bentuk status hukum RS pemerintah dari Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) milik negara

dalam bentuk perusahaan jawatan (Perjan). Hal tersebut perlu dilakukan karena rumah sakit merupakan pelayanan publik yang harus terus-menerus ditingkatkan pelayanannya sampai menuju pelayanan prima, yaitu pelayanan yang customer oriented atau customer focus. Tugas dan beban yang berat memang, tetapi harus tetap dilakukan jangan jalan di tempat!!

PENGENDALIAN TEMBAKAU

Rokok Mendut Piala Dunia[1]

Agus Widjanarko

Perhelatan Piala Dunia 2010 usai sudah. Hingar-bingar setiap pertandingan nyaris tak terlewatkan oleh pemirsa di tanah air, karena semuanya telah tersajikan di layar kaca. Di balik semua itu, tidak dapat dihindari bahwa keberadaan iklan rokok menjadi teramat "penting". Iklan yang semakin kental dengan performa perempuan-perempuan dalam menghiasi setiap spot promosi-promosinya.

Tampaknya rokok dan perempuan memang terkadang "wajib" hadir dalam sebuah rangkaian peristiwa. Bahkan sejak berabad-abad lalu, sebagaimana yang salah

[1]Dimuat dalam Harian Surya Edisi 14 Juli 2010 dengan judul yang sama.

satunya terkisahkan dalam perjalanan sejarah Kerajaan Mataram.

Syahdan, kios rokok Roro Mendut tak pernah sepi dari pembeli. Antrian panjang lelaki perokok menyemut demi *"sensuality and erotic taste"* yang 'membakar" keingintahuan dan kecanduan mereka. Bonus yang dipromosikan Roro Mendut untuk meneguhkan loyalitas pelanggannya adalah sebentuk --- mohon maaf ---"kuluman dan hisapan awal" pada setiap batang rokok yang akan dijualnya. Sensasi inilah yang memikat para penikmat lintingan daun tembakau tersebut untuk bertahan dan rela berdesakan. Tentunya dibumbui dengan sajian --- konon --- paras menawan sang penjual.

Memang belum ada bukti sejarah yang menegaskan bahwa Roro Mendut merupakan perokok berat. Namun situasi dan lingkungan yang menjadi latar kisah tersebut sudah cukup menunjukkan jika kekasih Pronocitro itu adalah perokok aktif.

Gambaran ini jelas mengisyaratkan bahwa perokok perempuan sudah dikenal sejak jaman Sultan Agung memerintah Mataram, bahkan diyakini jauh sebelum itu. Jika kemudian pada tahun 2010, peringatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia --- yang momentumnya diharapkan terus menyala sepanjang tahun --- mengambil tema terkait jender dengan penekanan terhadap perilaku pemasaran pada kaum perempuan, tampaknya fenomena Roro Mendut menjadi keniscayaan dalam berbagai dimensi.

Tradisi yang mengakar pada masyarakat merupakan seklumit dimensi budaya yang sulit terbantahkan. Dengan lugas, Nawi Ng, Weinehall dan Ohman melukiskan gejala ini dalam Jurnal *Health Education Research* (2007; 22(6): 794-804). Bahwa prevalensi merokok di kalangan laki-laki sangat tinggi, rata-rata salah satu anggota rumah tangga ada yang merokok, sementara di sekolah, guru laki-laki sering terlihat merokok. Dalam berbagai pertemuan sosial di pedesaan, upacara kelahiran, perkawinan dan upacara keagamaan lain disediakan rokok. Pada acara kematian, masyarakat berkumpul di rumah duka, malam berdoa dan berbagi makan, minum kopi dan merokok. Rokok juga sering digunakan sebagai pertanda solidaritas atau penghargaan kepada teman, pengunjung atau tamu dalam budaya Indonesia, menolak pemberian rokok dipandang tidak sopan.

Peran perokok perempuan dalam reportase tersebut. Tapi bila disimak lebih dalam dengan kaca mata epidemiologis, Nawi Ng dan koleganya menyodorkan tesis bahwa berdasarkan fakta prevalensi perokok dan prevalensi akibat rokok, tampak bila Indonesia berada pada awal tahap kedua epidemi tembakau.

Secara umum epidemi pada tahap ini ditandai dengan peningkatan yang cepat pada angka perokok laki-laki menjadi 50-80 persen dari berbagai tingka sosial ekonomi. Sebaliknya belum begitu bermakna jumlah mantan perokok. Tingkat perokok perempuan memang masih tertinggal 10-20 tahun, tetapi mengalami peningkatan yang berarti. Dan yang

lebih memprihatinkan, belum adanya dukungan yang memadai dalam upaya pengendalian tembakau.

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 menunjukkan 23,7 persen penduduk berumur 10 tahun ke atas merokok setiap hari. Di antara perokok tersebut, 3,0 persen adalah perokok perempuan. Risiko yang ditimbulkan lebih besar karena 85,4 persen perokok Indonesia merokok di dalam rumah ketika sedang bercengkerama dengan anggota keluarga lainnya. Selain itu, dalam catatan "masyarakat peduli bahaya tembakau", rokok telah menggerogoti sumber keuangan keluarga miskin rata-rata 12,4 persen belanja rumah tangga, mengorbankan gizi, kesehatan dan pendidikan keluarga.
Pandangan dari dimensi sosial ekonomi diutarakan oleh Crofton dan Simpson dalam bukunya *Tobacco : A Global Threat (2002)*. Di Negara-negara barat, peningkatan merokok pada perempuan dikaitkan dengan pengembangan rokok 'feminin' --- ujung berfilter untuk mengurangi noda warna oleh tar, rokok lebih ringan dan tidak begitu tajam, serta rokok dibuat lebih panjang dan tipis. Mentol dan yang disebut ringan atau tar rendah diperkenalkan untuk menenangkan ketakutan dan gangguan kesehatan. Kemasan didisain ulang untuk memberi kesan anggun dan langsing.

Rokok secara luas diiklankan dan ditonjolkan dalam media, termasuk dalam majalah perempuan di mana rokok dipertalikan dengan kesuksesan sosial, percaya diri, mengurangi stress, menenangkan kegugupan dan mengendalikan berat badan. Maka dapatlah dipahami ketika belum lama ini salah seorang maestro motivator di

Indoensia harus menutup akun twitter-nya --- meskipun sudah minta maaf atas kegundahan yang dirasakan sebagian masyarakat dan kendati justru mendapat dukungan dari sebagian khalayak yang lain --- setelah dia “keseleo keyboard”.

Dalam postingan di akun dia menulis bahwa perempuan yang pas untuk teman pesta, clubbing, begadang sampai pagi, chitchat yang snob, merokok dan kadang mabuk, tidak mungkin direncanakan jadi istri. Tak ayal, bertubi-tubi dia mendapatkan protes di dunia maya, karena menurut versi mereka para pencerca, sang motivator telah gegabah menyebut perempuan perokok tidak layak untuk dinikahi.

Mereka para pengguna twitter jelas merupakan perempuan Indonesia yang cukup mapan dalam kehidupan sosial ekonominya, yang bisa jadi adalah generasi baru penikmat rokok. Mereka yang tersinggung serta menilai terlalu dangkal bila memberikan parameter baik buruknya seorang perempuan dari kebiasaan merokok belaka.

Di zaman Roro Mendut, sosoknya seakan mampu hadir menjadi inspirasi di era kesetaraan jender ini. Setidaknya sinyal itu dengan jeli ditangkap oleh produsen rokok. Dalam dimensi bisnis dan pemasaran, keperkasaan sang Roro dalam memainkan selera pasar perokok telah mengilhami para juru pemasar rokok untuk menempatkan perempuan dalam garda terdepan hampir di setiap promosi produknya. Roro Mendut sadar rokok merupakan komoditas yang efektif dalam mengumpulkan keuntungan finansial.

Disayangkan, Roro Mendut tidak penah menjadi ibu dari anak-anaknya. Mungkin saat itu naluri keperempuanannya akan memberikan pencerahan yang lebih bermakna. Naluri seorang ibu jelas tidak rela memberikan makanan kepada janin yang dikandung berupa ribuan racun dari rokok yang dihisapnya. Nalurinya juga akan menolak untuk menyuguhkan teladan kehidupan kepada anak-anaknya dalam wujud kepulan asap rokok yang merampas hak anak untuk menghirup udara bersih dan sehat. Nalurinya bisa jadi justru cenderung untuk membentuk jiwa raga buah hatinya menjadi pemain bola yang sehat dan bertalenta, layaknya bintang-bintang Piala Dunia.

Dilema Tembakau[1]

Agus Widjanarko

Tema Hari Tanpa Tembakau Sedunia (HTTS) tahun 2011 tampaknya cukup untuk menyindir Indonesia. *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC – kesepakatan dunia untuk mengendalikan konsumsi tembakau) dipilih WHO untuk mewarnai semangat peringatan yang dihelat setiap tanggal 31 Mei. Padahal hingga kini Indonesia adalah bagian kecil dari negara-negara yang belum bersedia menandatangani dan meratifkasi traktat tersebut.

[1]Dimuat dalam Harian Kompas Edisi 31 Mei 2011 dengan judul yang sama.

Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan yang merupakan amanat UU 36/2009 tentang Kesehatan sekaligus sebuah upaya untuk mengakomodasi muatan-muatan FCTC belum dapat diharapkan untuk menjadi kado istimewa dalam HTTS tahun 2011. RPP yang diajukan Kementerian Kesehatan hampir satu tahun yang lalu itu ternyata masih menjumpai berbagai benturan kepentingan.

KELAS DUA

Tradisi yang mengakar pada masyarakat bisa jadi merupakan salah satu dalih sahih untuk mempertahankan kebergemingan posisi negeri ini terhadap FCTC. Dengan lugas, Nawi Ng, Weinehall dan Ohman melukiskan gejalanya dalam Jurnal *Health Education Research* (2007; 22(6): 794-804). Bahwa prevalensi merokok di kalangan laki-laki sangat tinggi, rata-rata salah satu anggota rumah tangga ada yang merokok, sementara di sekolah, guru laki-laki sering terlihat merokok. Dalam berbagai pertemuan sosial di pedesaan, upacara kelahiran, perkawinan dan upacara keagamaan lain disediakan rokok. Pada acara kematian, masyarakat berkumpul di rumah duka, malam berdoa dan berbagi makan, minum kopi dan merokok. Rokok juga sering digunakan sebagai pertanda solidaritas atau penghargaan kepada teman, pengunjung atau tamu. Dalam budaya Indonesia, menolak pemberian rokok dipandang tidak sopan.

Memang tidak mudah untuk menggeser tradisi yang telah tumbuh subur. Kendati sesungguhnya tembakau sempat menjadi komoditi "kelas dua" di zaman penjajahan. Ketika Belanda menerapkan Sistem Kultur (Bernard H.M. Vlekke dalam bukunya *Nusantara: A History of Indonesia*) pada tahun 1830-an, tembakau bukanlah tanaman primadona. Komoditas utama yang menjadi andalan ekspor adalah gula, kopi dan nila. Tembakau bahkan nasibnya tidak lebih baik dibanding teh yang sukses dalam "eksperimen perkenalan" kala itu.

Karena kualitas tembakau tidak setinggi yang dituntut orang Eropa, "Direktur Kultur" akhirnya memutuskan mengirimkan seorang ahli ke Kuba untuk mempelajari kemungkinan reintroduksi tanaman tersebut. Hasil eksperimen pertama tidaklah memuaskan. Misi kedua ke Kuba pada 1854 tidak lebih berhasil sehingga pada tahun 1864 Belanda memutuskan menyerah dalam urusan kultur tembakau yang selama itu telah lebih banyak merugikan daripada menguntungkan. Tapi hampir pada saat yang sama ketika Belanda menghentikan eksperimennya, pihak swasta berhasil memasukkan tanaman tembakau di Sumatra bagian utara. Di Deli Baru inilah terbukti usaha tersebut sukses besar.

CUKAI

Saat ini, refleksi kesuksesan dalam penanaman tembakau telah membuahkan hasil yang luar biasa. Nilai

ekonomis tembakau tidak hanya mampu mengungguli gula, kopi maupun nila, namun lebih dari itu, tembakau sudah menjadi “ikon” tersendiri dalam penerimaan keuangan negara.

Sejak diberlakukannya UU 11/1995 tentang Cukai, sektor cukai mendapatkan perhatian yang cukup besar dari masyarakat luas. Cukai adalah pungutan negara yang dikenakan terhadap barang-barang tertentu yang mempunyai sifat atau karakteristik, semisal konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu diawasi, pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup serta pemakaiannya perlu dibebankan pungutan negara demi keadilan dan keseimbangan.

Salah satu barang dimaksud adalah hasil tembakau, yang meliputi sigaret, cerutu, rokok daun, tembakau iris dan hasil pengolahan tembakau lainnya dengan tidak mengindahkan digunakan atau tidaknya bahan pengganti atau bahan pembantu dalam pembuatannya. Pengenaan cukai hasil tembakau sesungguhnya mempunyai tujuan yang mulia yaitu agar konsumsi rokok terkendali sehingga dampak negatifnya dapat diminimalisir.

Selain itu, kontribusi cukai hasil tembakau kepada penerimaan negara yang tercermin pada APBN selalu cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Hal ini seiring dengan peningkatan konsumsi hasil tembakau oleh masyarakat Indonesia karena rendahnya harga rokok,

peningkatan jumlah penduduk, peningkatan pendapatan rumah tangga dan proses mekanisasi industri rokok.

DANA BAGI HASIL

Memang disadari bahwa hasil tembakau mempunyai sisi lain yang dipandang oleh sebagian kalangan merupakan keniscayaan yang harus dilindungi juga. Industri rokok dinilai memainkan peran penting dalam perekonomian. Selain kontribusi cukainya kepada penerimaan negara, perusahaan-perusahaan rokok telah menyediakan tempat bagi lebih dari 600 ribu pekerja yang terlibat langsung dalam proses produksi. Belum lagi pekerja terkait yang menekuni distribusi dan penjualannya, serta tentunya keberadaan para petani tembakau.

Pemerintah seperti berada di persimpangan jalan. Kegamangan ini bisa dilihat dari kenyataan bahwa Indonesia adalah satu-satunya negara di kawasan Asia yang belum menandatangani dan mengesahkan FCTC. Konvensi ini memberikan sebuah kerangka kerja bagi pembuat kebijakan untuk menerapkan aturan tentang penyebaran penggunaan tembakau dan penggambaran aktivitas tembakau. Negara-negara anggota WHO diharuskan membuat batasan-batasan dalam periklanan tembakau, kegiatan pensponsoran dan promosi, serta membuat norma-norma baru untuk melabeli dan mengawasi penyelundupan tembakau, termasuk pengendalian melalui peningkatan harga dan cukai.

Sebenarnya ada peluang untuk lebih mendorong percepatan penandatanganan FCTC, yaitu dengan diberlakukannya UU 39/2007 tentang Perubahan Atas UU 11/1995 yang telah mengalokasikan 2 persen dari penerimaan cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia untuk provinsi dan atau kabupaten/kota penghasil cukai tembakau sejak tahun 2008 (belakangan juga untuk daerah pertanian tembakau). Dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBH-CHT) yang 2 persen tersebut peruntukannya bukan hanya untuk melindungi lingkungan sosial dan kesehatan masyarakat dari dampak negatif konsumsi rokok, namun juga diarahkan untuk hajat hidup masyarakat pertembakauan.

Pemerintah daerah secara bijak dan berkeadilan dapat memanfaatkan dana bagi hasil ini, di satu sisi untuk menekan angka prevalensi serta terjadinya kematian akibat merokok yang setiap tahunnya masih cukup tinggi. Di sisi lain dapat memberikan penguatan pada kepentingan-kepentingan sosial ekonomi masyarakat pertembakauan melalui pendekatan kearifan lokal sehingga pada gilirannya tidak sampai menimbulkan gejolak manakala FCTC benar-benar ditandatangani dan diratifikasi dengan segala konsekuensinya.

Sisi Lain Dilema Tembakau[1]

Agus Widjanarko

Terbersit kabar pada rapat koordinasi bidang kesejahteraan rakyat di Kemenko Kesra 1 April lalu, tinggal Kementerian Perindustrian yang belum menyetujui upaya aksesi *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). Di lain pihak juga diisyaratkan adanya dorongan kuat dari Direktur Jenderal WHO kepada Presiden RI untuk segera melakukan aksesi kerangka kerja dimaksud untuk melengkapi penghargaan terhadap Presiden RI dalam memimpin Panel Tingkat Tinggi PBB yang membahas Agenda Pembangunan Pasca 2015.

---

[1]Dimuat dalam Harian Kompas Siang Edisi 03 Mei 2014 dengan judul yang sama.

Apabila Presiden Megawati menandatangani UU SJSN pada jam-jam terakhir masa pemerintahannya pada 2004, akankah Presiden SBY juga bersikap serupa dengan menyetujui aksesi FCTC pada akhir jabatannya? Yang pasti, data empiris menunjukkan bahwa kendati telah dikembangkan berbagai produk regulasi yang membatasi konsumen untuk merokok, namun setiap tahun produksi rokok serta setoran cukai ke kas negara selalu meningkat. Target tahunan senantiasa dipatok melampaui tahun sebelumnya. Regulasi pembatasan merokok bukanlah faktor utama dalam penghitungan asumsi-asumsi target kenaikan penerimaan cukai.

Premis yang diyakini khalayak adalah bahwa tinggi rendahnya tingkat konsumsi rokok warga suatu negara berkorelasi dengan ketat longgarnya regulasi terhadap rokok yang diterbitkan. Saat ini Indonesia menduduki peringkat ketiga dunia untuk konsumsi rokok setelah Tiongkok dan India. Padahal hingga tahun 2009, Indonesia masih menempati peringkat keempat setelah Tiongkok Amerika Serikat dan Rusia.

Sudah Ada UU

Indonesia tampaknya tetap kokoh di puncak. Apakah ini karena regulasi pembatasan konsumsi rokok masih lemah? Atau oleh sebab belum diaksesinya FCTC?

Undang-undang Kesehatan yang mengakomodasi pembatasan merokok sudah dibuat. Peraturan Pemerintah

yang lebih rinci dalam pengendalian peredaran dan konsumsi rokok juga telah disusun. Dalam praktiknya, peringatan dalam kemasan rokok bukan lagi ancaman basa-basi tapi langsung menohok: *merokok membunuhmu!* Namun semuanya belum mampu menekan prevalensi perokok di tanah air, bahkan ada kecenderungan meningkat pada kelompok remaja dan wanita.

Tampaknya bukan sekadar minimnya regulasi atau lemahnya penegakan atas regulasi tersebut. Juga bukan semata-mata karena gencarnya tekanan, promosi dan lobi yang masif dari produsen rokok. Ada sisi lain yang belum maksimal disentuh untuk merangsang perokok menghentikan kecanduannya.

Di lapangan sepak bola dikenal fenomena *flare* (kembang api). Sanksi dari FIFA maupun AFC sangat tegas. Bagi tim yang pendukungnya menyalakan kembang api dalam sebuah pertandingan, selain dikenai denda yang cukup besar, juga bisa dijatuhi hukuman tidak boleh bertanding di stadion kandangnya tersebut. Semua pihak yang berkepentingan memahami aturan itu, termasuk penonton.

Namun apa mereka begitu saja merasa jera atau takut dengan sanksi ini? Justru yang terjadi adalah sebaliknya, semakin disosialisasikan secara berkesinambungan, bukannya menghentikan aksi sulut kembang apinya, tetapi yang muncul adalah “selera menantang” (bahasa jawa: *njarag*) terhadap upaya penegakannya. Serasa ada

kebanggaan diri bila mampu dan berhasil melawan "kemapanan".

Perilaku inilah yang juga menghinggapi para perokok. Semakin mereka dilarang atau ditakut-takuti dengan penyakit atau bahkan kematian, tampaknya mereka kian menunjukkan kenekatannya, berikut ingin memperlihatkkan kalau mereka tetap sehat walaupun mengonsumsi berbatang-batang rokok. Bisa jadi perilaku perokok di Indonesia ini memang berbeda dengan perilaku perokok di negara-negara yang telah sukses mengurangi secara signifikan jumlah maupun prevalensi warganya yang merokok.

Sangat disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah pekerjaan mudah. Mengubah perilaku membutuhkan ruang dan waktu yang lapang. Perilaku dapat diubah dengan berbagai mekanisme, yaitu dengan mengubah sikap melalui pengumpulan lebih banyak informasi pengetahuan terkait. Atau mengubah norma-norma yang berlaku bagi masyarakat supaya perilaku-perilaku tertentu, termasuk perilaku tidak merokok, dapat diterima. Ketidaktepatan dalam memilih mekanisme atau model perubahan perilaku merokok tampaknya akan memeroleh keluaran yang kurang menggembirakan, bahkan mencengangkan.

Hasil penelitan yang dilakukan oleh para ahli kesehatan jiwa di Amerika Serikat, Jerman dan Swiss yang dirilis dalam *Journal of Expermental Social Psychology* bulan Desember 2009 memperlihatkan bahwa pesan-pesan anti rokok yang dikaitkan dengan tema-tema kesehatan dan

kematian sungguh tidak signifikan dalam memengaruhi perilaku perokok. Pertimbangan hidup sehat malah menghasilkan upaya aktif seperti tercermin pada kesediaan mereka untuk melanjutkan perilaku merokok yang berisiko.

Di satu sisi, pesan peringatan yang tidak ada hubungannya dengan kesehatan maupun kematian justru secara efektif mengurangi sikap merokok, terutama jika perokok makin besar melandasi kebanggaan diri mereka pada perilaku merokok. Peringatan seperti "merokok membuat anda tak menarik" barangkali sangat mengancam orang yang percaya bahwa merokok mampu membuat mereka merasa mempunyai citra diri yang prima di mata orang lain.

PERINGATAN BAHAYA

Bagaimana dengan rencana pencantuman gambar pada kemasan rokok? Diyakini, peringatan ancaman yang merugikan kesehatan berwujud gambar dapat menekan prevalensi perokok, seperti yang telah dipraktikkan di negara tetangga, Singapura, Thailand, Malaysia maupun Brunei Darussalam. Peringatan kesehatan berupa gambar pada kemasan rokok lazimnya akan memuat gambar gangguan janin akibat rokok, atau memuat gambar kanker mulut lengkap dengan tulisan pesan akan bahayanya. Namun sekali lagi, selain karena semua belum dapat dibuktikan, tidak menutup kemungkinan perilaku perokok Indonesia memang berbeda dengan negeri-negeri jiran itu.

Demikian halnya dengan aksesi FCTC yang belum terwujud di Indonesia. Di banyak negara, FCTC memang menjadi pedoman yang ampuh dalam menyehatkan warganya dari bahaya rokok. Namun Tiongkok dan India belum mampu melepaskan diri dari peringkat atas konsumsi rokok walau kedua negeri tersebut telah meratifikasi FCTC. Jangan-jangan begitu juga dengan Indonesia.

Promosi Bahaya Merokok[1]

Agus Widjanarko

Di Harian Surya terbitan 14 September 2010 muncul ucapan selebrasi, "Cukai Rokok Sebagai Pengendali Dampak Merokok.Mari Kita Budayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Selamat Idul Fitri 1431 Hijriyah, Mohon Maaf Lahir Batin."

Keteduhan ucapan ini bukan dijumpai pada bungkus rokok *limited edition* yang diproduksi khusus untuk menyongsong lebaran. Bukan pula media iklan dari perusahaan farmasi yang mempromosikan produk obat pendorong berhenti merokok. Juga bukan diterbitkan oleh

---

[1]Dimuat dalam Harian Surya Edisi 20 September 2010 dengan judul yang sama.

LSM atau komunitas anti tembakau yang begitu getol mengkampanyekan bahaya merokok. Atau pesan moral dari pemuka agama yang memang sangat serius mengisyaratkan kemudharatan rokok.

Keanggunan ucapan tersebut merupakan iklan layanan sosial yang dipasang oleh salah satu pemerintah daerah di Jawa Timur. Tersirat langgam yang inovatif dalam mencegah dampak buruk asap rokok oleh pemberi layanan publik. Dengan menitip pesan informatif tentang bahaya merokok bagi kesehatan masyarakat, pemerintah daerah ini mencoba memberi nuansa beda pada suasana lebaran yang cenderung konsumeristis. Lebih dari itu, upaya ini dapat dinilai sebagai langkah cerdas dalam pengendalian tembakau dari pihak pemerintah (daerah).

Keeleganan yang nyaris sama juga ditunjukkan dengan maraknya promosi bahaya merokok pada baliho, *banner* dan sejenisnya yang dipasang di tempat-tempat strategis di berbagai kawasan. Meskipun masih tersirat adanya upaya mendorong peningkatan penerimaan dan pendapatan negara melalui cukai rokok yang legal ---yang berarti masih memberikan toleransi pada perilaku merokok--- tetapi *goodwill* untuk melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya rokok telah ditegaskan oleh pemerintah daerah yang memasang iklan tersebut.

Sangat disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah pekerjaan mudah. Mengubah perilaku membutuhkan ruang dan waktu yang lapang. Perilaku dapat diubah dengan berbagai mekanisme, yaitu dengan mengubah sikap melalui

pengumpulan lebih banyak informasi pengetahuan terkait. Atau mengubah norma-norma yang berlaku bagi masyarakat supaya perilaku-perilaku tertentu (termasuk perilaku tidak merokok) dapat diterima. Di sinilah peran promosi dampak buruk merokok menjadi niscaya.

Hasil penelitan yang dilakukan oleh para ahli kesehatan jiwa di Amerika Serikat, Jerman dan Swiss yang dirilis dalam *Journal of Expermental Social Psychology* bulan Desember 2009 memperlihatkan bahwa pesan-pesan bahaya merokok yang dikaitkan dengan tema-tema kesehatan dan kematian sungguh tidak signifikan dalam mempengaruhi perilaku perokok. Pertimbangan hidup sehat malah menghasilkan upaya aktif seperti tercermin pada kesediaan mereka untuk melanjutkan perilaku merokok yang berisiko.

Di satu sisi, pesan peringatan yang tidak ada hubungannya dengan kesehatan maupun kematian justru secara efektif mengurangi sikap merokok, terutama jika perokok makin besar melandasi kebanggaan diri mereka pada perilaku merokok. Peringatan seperti "merokok membuat anda tak menarik" barangkali sangat mengancam orang yang percaya bahwa merokok mampu membuat mereka merasa mempunyai citra diri yang prima di mata orang lain.

PESAN GAMBAR

Peringatan di bungkus rokok yang sebagian besar diproduksi di Jawa Timur ini hanya berupa tulisan, bukan pencantuman gambar. Peringatan kesehatan berupa tulisan kecil pada kemasan rokok tidak cukup efektif untuk memberikan pemahaman akan bahaya merokok kepada masyarakat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan FKM-UI pada tahun 2007, sebanyak 43 persen responden tidak percaya terhadap isi peringatan, sementara 26 persen menyatakan bahwa peringatan tertulis pada kemasan rokok tidak membuatnya termotivasi untuk berhenti merokok dan sejumlah 26 persen merasa tak acuh karena sudah ketagihan.

Diyakini, peringatan ancaman yang merugikan kesehatan berwujud gambar dapat menekan prevalensi perokok, seperti yang telah dipraktekkan di negara tetangga, Singapura, Thailand, Malaysia maupun Brunei Darussalam. Peringatan kesehatan berupa gambar pada kemasan rokok lazimnya akan memuat gambar gangguan janin akibat rokok, atau memuat gambar kanker mulut lengkap dengan tulisan pesan akan bahayanya.

Setidaknya pemahaman tersebut harus senantiasa disebarluaskan, mengingat iklan pemasaran rokok pun terus merasuki ranah yang paling bersiko. Hasil penelitian sebagaimana dilaporkan dalam *US Surgeon General Report* menunjukkan sebuah keprihatinan. Penelitian ini berangkat dari pertanyaan mengapa iklan rokok sangat berpengaruh

pada anak dan meningkatkan perokok baru di usia muda? Jawabannya adalah karena iklan rokok akan mendorong anak-anak dan remaja mencoba-coba merokok sehingga menjadi pengguna tetap, mendorong para perokok untuk meningkatkan konsumsinya, mengurangi motivasi perokok untuk berhenti merokok, mendorong mantan perokok untuk merokok kembali dan menciptakan lingkungan di mana merokok dianggap baik dan biasa.

Bagaimanapun, Komisi Nasional Pengendalian Tembakau telah berulang kali merekomendasikan kepada pihak pemerintah untuk meratifikasi FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) sejak tahun 2003. Hanya saja sampai saat ini Pemerintah Indonesia merupakan salah satu negara dari bagian kecil anggota WHO yang belum menandatangani traktat internasional tersebut. Padahal konvensi ini memberikan sebuah kerangka kerja bagi pembuat kebijakan untuk menerapkan aturan tentang penyebaran penggunaan tembakau dan penggambaran aktivitas tembakau. Negara-negara anggota WHO diharuskan membuat batasan-batasan dalam periklanan tembakau, kegiatan pensponsoran dan promosi, serta membuat norma-norma baru untuk melabeli dan mengawasi penyelundupan tembakau, termasuk pengendalian melalui peningkatan harga dan cukai hasil tembakau.

Indonesia semakin terpinggirkan dalam percaturan pengendalian tembakau global setelah WHO pada tahun 2008 merumuskan MPOWER yang merupakan strategi

mutakhir sebagai rangkaian tak terpisahkan dari FCTC. Strategi ini meliputi monitoring prevalensi dan kemajuan upaya penanggulangan konsumsi tembakau, perlindungan masyarakat terhadap asap tembakau, optimalisasi dukungan untuk berhenti merokok, mewaspadai masyarakat akan dampak negatif tembakau, eliminasi iklan, promosi dan pensponsoran tembakau serta meraih kenaikan cukai tembakau.

Untuk itulah penghargaan yang tulus patut disampaikan kepada pemerintah daerah yang dengan kerendahan hati mendorong warganya berperilaku tidak merokok sebagaimana teriklankan dalam pesan terbuka di media massa atau yang sudah lebih jauh melangkah dengan menerbitkan peraturan daerah terkait pembatasan perilaku merokok. Setidaknya fenomena ini bukan sekadar euforia untuk memenuhi amanat Keputusan Menteri Keuangan tentang Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) yang dalam tiga tahun terakhir ini memang digelontorkan ke daerah penghasil.

Kesamaan Hak di Iklan Rokok[1]

Agus Widjanarko

Setiap tanggal 31 Mei, warga dunia memperingati Hari Tanpa Tembakau Sedunia. Tahun ini, Badan Kesehatan Dunia (WHO) menginisiasi tema "Tolak iklan, promosi, dan sponsor rokok." Banyak negara yang telah menetapkan *TAPS Ban (tobacco advertising, promotion, sponsorship banning)* demi memberikan perlindungan kesehatan kepada rakyatnya.

Upaya-upaya penerapan *TAPS Ban* di kawasan Asia Tenggara sejatinya telah dicanangkan ketika tahun 2011 lalu di Siem Reap Kamboja, digelar lokakarya regional terkait

[1]Dimuat dalam Harian Jawa Pos Edisi 31 Mei 2013 dengan judul yang sama.

implementasi pasal 13 WHO-FCTC *(Framework Convention on Tobacco Control)* tentang pelarangan iklan, promosi dan pesponsoran rokok. Tdak dapat dihindari bahwa pada pertemuan tersebut Indonesia menjadi bahan gunjingan karena merupakan satu-satunya negara di kawasan Asia yang belum meratifikasi FCTC tersebut.

Untuk itu ada kesamaan hak yang ingin diperjuangkan di antara penduduk Indonesia dengan penduduk Singapura, Malaysia maupun Thailand. Industri tembakau kita mengekspor ke negara-negara tetangga tersebut berupa rokok dengan peringatan bahaya yang menayangkan gambar dampak rokok, yaitu gambar orang yang terkena kanker, supaya memberikan efek jera bagi perokok. Tetapi rokok yang dijual di Indonesia justru hanya memunculkan pesan peringatan yang mudah untuk diabaikan.

Di dalam negeri, iklan promosi rokok memang masih saja menjadi polemik yang menarik garis tegas di antara kubu yang pro dan kontra. Dua kutub yang mempertentangkan persoalan ini sepertinya mempunyai dasar hukum yang sama-sama dipegang teguh. Sesungguhnya sampai saat ini legalitas yang berlaku di mata masyarakat pertembakauan dalam kaitannya dengan iklan rokok adalah hasil keputusan Mahkamah Konstitusi (MK) pada September 2009 yang menolak permohonan *judicial review* yang diajukan Komnas Perlindungan Anak (PA).

Saat itu Komnas PA meminta agar iklan mengenai rokok dilarang. Permohonan uji materiil tersebut terkait

dengan Pasal 46 Ayat 3 huruf c Undang-Undang Nomor 32 tahun 2002 tentang Penyiaran yang merupakan dasar hukum iklan rokok di Indonesia. Pasal itu berbunyi, “Siaran iklan niaga dilarang melakukan promosi rokok yang memperagakan wujud rokok.” Klausul ini dianggap menjadi dasar hukum dibenarkannya menyiarkan iklan promosi rokok pada lembaga penyiaran walaupun dengan persyaratan tidak memperagakan wujud rokok.

Menurut pandangan Komnas PA, isi dan pesan iklan promosi rokok yang disiarkan melanggar hak konstitusional anak dan remaja mendapatkan informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungannya, karena membenarkan adanya informasi yang tidak sehat dan merusak mental, pikiran dan psikologis anak.

Di samping itu, iklan rokok dinilai menjadi dorongan serta pengaruh kepada anak dan remaja untuk menjadi perokok. Karenanya, secara kausalitas menjadi terkena pengaruh buruk merokok yang dapat menimbulkan penyakit dan kematian. Sehingga pasal tersebut dinilai bertentangan dengan pasal 28A, 28B Ayat 2, 28C Ayat 1, dan Pasal 28F UUD 1945.

Sebaliknya dengan dalih hak konstitusional juga, MK berpendapat selama rokok masih dipandang sebagai produk legal, maka larangan iklan rokok melanggar Hak Asasi Manusia. Larangan iklan rokok melanggar hak konstitusi bagi setiap orang untuk berkomunikasi dan mendapatkan informasi. Selain itu rokok juga menjadi gantungan petani tembakau dan harus dilindungi haknya. Inilah dukungan

dasar hukum yang senantiasa menjadi payung bagi masyarakat pertembakauan dalam beraktivitas.

Hak anak dan remaja untuk mendapatkan informasi yang menyehatkan dibenturkan dengan hak perokok untuk menikmati informasi yang penuh *taste*. Informasi tentang gaya hidup sehat yang mengakomodasi bahaya racun dalam rokok tereliminasi oleh informasi produk rokok ---dengan bantuan komunikasi komersial industri rokok--- yang penuh simbol perilaku *risk-taking* yang jantan, kematangan, kekuatan, kepemimpinan dan daya tarik terhadap lawan jenis.

Padahal secara ilmiah sudah terbukti kasualitas iklan rokok dengan preferensi merokok membuat generasi muda menjadi perokok, serta membujuk mereka untuk mengonsumsi racun pemicu berbagai penyakit. Hak petani tembakau memang harus dilindungi, tetapi hak anak dan remaja korban dan calon korban adiksi rokok yang mematikan dan memiskinkan itu wajib juga untuk diperhatikan.

Setidaknya pemahaman tersebut harus senantiasa disebarluaskan, mengingat iklan pemasaran rokok pun terus merasuki ranah yang paling bersiko. Hasil penelitian sebagaimana dilaporkan dalam *US Surgeon General Report* menunjukkan sebuah keprihatinan. Penelitian ini berangkat dari pertanyaan mengapa iklan rokok sangat berpengaruh pada anak dan meningkatkan perokok baru di usia muda? Jawabannya adalah karena iklan rokok akan mendorong anak-anak dan remaja mencoba-coba merokok sehingga

menjadi pengguna tetap, mendorong para perokok untuk meningkatkan konsumsinya, mengurangi motivasi perokok untuk berhenti merokok, mendorong mantan perokok untuk merokok kembali dan menciptakan lingkungan di mana merokok dianggap baik dan biasa.

Dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan, terbersit harapan untuk memperjuangkan kesamaan hak terkait konsumerisme produk tembakau.

Kehadiran PP tersebut dipandang dapat mencegah meluasnya konsumsi rokok di lapisan masyarakat miskin, perempuan dan anak-anak di Indonesia. Diharapkan masyarakat miskin yang selama ini semakin miskin akibat mengonsumsi rokok, bisa dicegah. Jangan sampai mereka yang sudah sulit mendapatkan uang, justru larut dan tergiur oleh iklan promosi rokok sehingga membelanjakannya untuk membeli baramg ‘sembilan senti’ tersebut. Akan lebih bijak bila dananya dibelikan makanan atau kebutuhan lain untuk kesejahteraan keluarga.

Bagi Hasil Cukai dan Perilaku Merokok[1]

Agus Widjanarko

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 (UU 39/2007) tentang Perubahan Atas UU 11/1995 tentang Cukai telah mengamanatkan adanya Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH-CHT) sebesar 2 persen bagi provinsi dan atau kabupaten/kota penghasil cukai tembakau sejak tahun 2008. Pada perkembangannya, kualifikasi penerima juga diperluas untuk daerah penghasil bahan baku industri hasil tembakau, hingga mencapai 19 provinsi.

[1]Dimuat dalam Koran Tempo Edisi 30 Mei 2011 dengan judul yang sama.

Sesungguhnya CHT mempunyai tujuan agar konsumsi rokok dapat terkendali melalui pembatasan peredaran komoditinya (fungsi regulasi) sehingga dampaknya dapat diminimalisir (eksternalitas negatif). Berangkat dari tujuan inilah DBH-CHT diluncurkan ke daerah. Penggunaan dana ini di antaranya untuk peningkatan kualitas bahan baku industri hasil tembakau, pembinaan industri hasil tembakau, serta pembinaan lingkungan sosial. Selain itu juga untuk sosialisasi ketentuan di bidang cukai serta pemberantasan barang kena cukai illegal.

Merujuk pada rencana pengembangan industri rokok nasional, dua kegunaan yang awal erat kaitannya dengan aspek produksi/industri, sedangkan dua kegunaan yang akhir lebih menitikberatkan pada aspek pendapatan. Adapun penggunaan dana untuk pembinaan lingkungan sosial selain diarahkan pada pengembangan masyarakat juga sangat bertalian dengan aspek kesehatan.

Setelah tiga tahun pengucuran DBH-CHT tentunya dapat dicermati capaian-capaian kinerja sesuai fokus kegunaannya. Khusus untuk aspek kesehatan, suatu rangkaian seri data riset menemukan hasil yang cukup bermakna terkait dampak pemberian dana tersebut. Ketika UU 39/2007 disahkan, pada saat bersamaan telah dilakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007.

Riset yang dilaksanakan tepat sebelum pelaksanaan DBH-CHT ini menyajikan informasi bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang “merokok setiap hari” adalah 23,7 persen. Sementara tiga tahun kemudian, pada Riskesdas

2010 diperoleh hasil yang menunjukkan peningkatan prevalensinya menjadi 28,2 persen. Kondisi ini juga dikuatkan oleh mereka yang hanya "kadang-kadang merokok". Bila tahun 2007 mencapai angka 5,5 persen, pada tahun 2010 meningkat hingga 6,5 persen.

Yang lebih memrihatinkan adalah para perokok ini juga menghisap rokoknya ketika berada di rumah yang di dalamnya tinggal istri, anak-anak atau kerabat merekaMeskipun mengalami penurunan dibanding tahun 2007 yang mencapai 85,4 persen, di tahun 2010 perilaku merokok dalam rumah masih dilakukan oleh 76,6 persen perokok. Alih-alih berperilaku sehat, anggota keluarga mereka yang bisa jadi tidak merokok itu justru ikut serta menghirup asap rokok yang beracun.

Tapi tidak selamanya kenaikan berimplikasi negatif, karena mantan perokok justru menunjukkan kecenderungan yang menggembirakan karena kian banyak jumlahnya. Dari hanya 3,0 persen pada 2007, bertambah 2,4 persen pada 2010. Setidaknya kondisi tersebut menggambarkan mulai tumbuhnya kesadaran pada masyarakat untuk berani berhenti merokok.

Dampak DBH-CHT

Peningkatan perilaku merokok yang masih kurang elok ini memberikan isyarat bahwa mengubah perilaku masyarakat bukanlah seperti membalikkan telapak tangan. Perubahan perilaku merupakan investasi jangka panjang

yang baru bisa dipetik hasilnya sekian puluh tahun mendatang. Tidak seperti membangun sarana pelayanan kesehatan yang dalam kurun waktu singkat dapat segera dilihat wujud fisik bangunannya. Terlebih bila perilaku ini sudah menjadi sebuah tradisi yang mengakar.

Dalam Jurnal *Health Education Research* (2007; 22(6): 794-804), Nawi Ng, Weinehall dan Ohman melukiskan kuatnya pengaruh tradisi merokok di Indonesia. Bahwa prevalensi merokok di kalangan laki-laki sangat tinggi, rata-rata salah satu anggota rumah tangga ada yang merokok.Sementara di sekolah, guru laki-laki sering terlihat merokok. Dalam berbagai pertemuan sosial di pedesaan, upacara kelahiran, perkawinan dan upacara keagamaan lain disediakan rokok. Pada acara kematian, masyarakat berkumpul di rumah duka, malam berdoa dan berbagi makan, minum kopi dan merokok. Rokok juga sering digunakan sebagai pertanda solidaritas atau penghargaan kepada teman, pengunjung atau tamu. Dalam budaya Indonesia, menolak pemberian rokok dipandang tidak sopan.

Meskipun DBH-CHT telah digulirkan, sangat mungkin bila porsi penggunaan untuk aspek kesehatan pada setiap daerah tidaklah setinggi bila dibandingkan untuk aspek produksi maupun aspek pendapatan. Sebuah kontribusi yang rendah dengan capaian tidak kasat mata dalam tempo sekejap, menjadi faktor penyulit untuk melihat dampak positif pemberian DBH-CHT ini.

Dua provinsi penerima DBH-CHT terbesar yaitu Jawa Timur dan Jawa Tengah memang mempunyai angka prevalensi perokok yang lebih rendah dari pada angka nasional. Namun kecenderungan yang terjadi adalah bahwa dua daerah ini justru menjadi penyokong meningkatnya prevalensi perokok secara nasional. Tahun 2007 prevalensi perokok di Jawa Timur 29,8 persen dan di Jawa Tengah 30,7 persen. Masing-masing melompat menjadi 31,4 persen dan 32,6 persen pada tahun 2010.

Tidak menutup kemungkinan DBH-CHT telah tersosialisasi lebih merata di provinsi bertetangga tersebut, sehingga masyarakat mempunyai persepsi bahwa tidak perlu lagi khawatir jika merokok karena obat dan fasilitas pelayanan kesehatan bagi mereka yang sakit akibat rokok sudah disediakan dari DBH-CHT. Apalagi saat ini program Jamkesmas, Jamkesda atau sejenisnya telah banyak dimanfaatkan oleh warga miskin yang dalam banyak temuan penelitian justru tidak sedikit yang perokok.

Sementara itu, menapak naiknya mereka yang berhenti merokok hingga hampir dua kali lipat selama tiga tahun penerapan DBH-CHT memberikan tengara adanya korelasi terkait pengembangan kawasan tanpa rokok (KTR) di berbagai tatanan. Pemasyarakatan KTR ini juga merupakan salah satu upaya yang digalakkan dalam pemanfaatan DBH-CHT. Bisa dipahami bila KTR mempunyai dampak terhadap perilaku berhenti merokok. Filosofi pendirian KTR adalah agar perokok dapat lebih lama menahan dirinya untuk tidak merokok dalam keseharian

karena harus berada di lingkungan KTR. Ketika proses pembiasaan ini dijalankan dalam jangka waktu yang panjang diharapkan mampu memicu perilaku perokok untuk mengurangi batang rokok yang dihisap, yang pada gilirannya dapat merangsang dirinya untuk tidak merokok.

Tentunya pengembangan KTR ini akan lebih menyehatkan jika dimulai dari tatanan komunitas yang paling sederhana, yaitu rumah tangga. Kecenderungan kian menurunnya mereka yang merokok di dalam rumah akan memperoleh percepatan bila rumah juga dijadikan KTR.

Belanja Rokok vs Bantuan untuk Maskin[1]

Yandrizal

Pemerintah bersusah payah menyusun kebijakan kompensasi kenaikan Bahan Bakar Minyak (BBM) untuk melindungi masyarakat miskin karena kenaikan harga kebutuhan pokok. Banyak kebijakan yang di keluarkan oleh pemerintah untuk melindungi masyarakat miskin antara lain: bantuan langsung sementara masyarakat (BLSM), bantuan pendidikan bagi masyarakat miskin (Bidik Misi), menjamin pelayanan kesehatan melalui penerima bantuan iuran (PBI),

[1] Dimuat dalam Harian Rakyat Bengkulu Edisi 6-7 Agustus 2014 dengan judul yang sama.

dan lain-lain. Sisi lain masyarakat miskin di Provinsi Bengkulu mengeluarkan uang untuk membeli rokok 1,03 Triliun per tahun.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, penduduk Provinsi Bengkulu yang merokok setiap hari 27,1% di atas rata nasional 24,3%. Sebanyak 11,2% perokok berusia 15-19 tahun, 27,3% berusia 20-24 yang merupakan usia remaja dan produktif. Penduduk yang merokok setiap hari sebanyak 14 batang sedangkan nasional 12,3 batang. Mengacu pada data Bank Dunia pada tahun 1999 perolehan cukai rokok di Indonesia hanya Rp. 2,4 Triliun dan kerugian masyarakat akibat rokok mencapai Rp. 14,5 Triliun, yaitu merupakan beban biaya pengobatan, kecacatan dan penurunan produktivitas. Selain itu yang lebih mengerikan aspek perilaku merokok di Indonensia jauh melampui perilaku sehat, asumsi ini didasarkan pada realitas belanja rokok di Indonesia mencapai Rp. 100 Triliun sedangkan belanja obat-obatan hanya 20 triliun. Apabila rata-rata 27,3 % dari 1.766.176 jiwa penduduk Bengkulu atau 482.166 jiwa x 14 Batang x 365 hari x Rp. 1000 = Rp. 2.463.868.505.280,- (lebih besar dari APBD Provinsi Bengkulu) masyarakat membakar uang melalui rokok.

Maskin Donatur

Perlu menjadi perhatian pemerintah 42,03% dari jumlah perokok adalah masyarakat miskin dan diatas garis kemiskinan. Berarti masyarakat miskin telah membakar uang

sebesar Rp. 1.035.563.932.770,- per tahun, dilain sisi masyarakat miskin dan tidak mampu selalu mengharapkan dan menuntut bantuan pemerintah seperti Jaminan Kesehatan asional (JKN), padahal bantuan yang diberikan untuk masyarakat miskin dan di atas garis kemiskinan di Provinsi Bengkulu bila dihitung dengan besaran iurang perbulan perorang Rp. 19.225.000 perbulan x 12 x 628.608 jiwa hanya Rp 145.019.865.600./th dan di tambah dengan jamkesda kabupaten/kota/provinsi Rp. 28.260.043.000,- bisa memberi jaminan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin se Provinsi bila dibandingkan dengan masyarakat miskin membakar uang untuk rokok 1,035 Triliun. Bengkulu. Kondisi ini perlu mendapat perhatian semua pihak untuk memberi pengertian kepada masyarakat bahwa merokok sangat merugikan baik kesehatan maupun ekonomi keluarga.

Dampak Kesehatan

Satu batang rokok mengandung 4.000 senyawa kimia yang 40 diantaranya termasuk racun (toksik) atau karsinogenik (bisa menyebabkan kanker). Akibat merokok akan menimbulkan berbagai macam penyakit yang mana seluruh organ terpenting dari manusia terkena dampaknya, tidak ada satu organpun yang tidak terkena dampak akibat merokok**.** diantara dampak akibat merokok adalah : katarak, stroke dan penyakit jantung, kanker paru-paru, impotensi, kanker mulut, kerontokan rambut, mengganggu kehamilan,

kulit lebih cepat keriput dan pucat, flek hitam di wajah, kanker payudara. Asap yang diembuskan para perokok dapat dibagi atas asap utama (*main stream smoke*) dan asap samping (*side steam smoke*). Asap utama merupakan asap tembakau yang dihirup langsung oleh perokok, sedangkan asap samping merupakan asap tembakau yang disebarkan ke udara bebas, yang akan dihirup oleh orang lain atau perokok pasif (Berita Komite Nasional Penanggulangan Masalah Merokok). Sangat disayangkan bahwa bagi mereka yang tidak merokok (perokok pasif) juga akan mengalami ganggungan pada kesehatan dengan risiko yang sama. Penelitian Wake Forest University, North Carolina-AS, menyatakan bahwa penyempitan pembuluh darah bagi perokok aktif dan pasif ternyata sama. (www. wanita-muslimah.com). Informasi tentang perilaku perokok saat ini (perokok setiap hari dan perokok kadang-kadang) akan membantu memprediksi gambaran beban penyakit tidak menular tersebut di atas.

Pengendalian Rokok

Undang-undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Pasal 113 (1) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. (2) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas

yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya. Sedangkan Peraturan Pemerintah Nomor : 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung zat Adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan, pasal 49 Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 antara lain : fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Pengendalian rokok sulit berhasil apabila pemerintah tidak tegas dalam menerapkan kawasan tanpa rokok, apalagi para pejabat, rektor, dosen, guru, tokoh masyarakat, para inteltual, masih merokok di kawasan tanpa rokok. Contoh buruk ini masih banyak di tempat kerja, mesjid, sekolah/kampus, puskesmas, rumah sakit, gedung DPRD, kantor pemerintah masih dijumpai orang-orang yang menjadi panutan merokok.

Besarnya kerugian akibat rokok perlu mendapat perhatian secara khusus oleh pemerintah propinsi dan kab/kota agar cepat terwujudnya Bengkulu yang makmur, karena sebagaian perokok dan sebagian besar perokok pasif adalah pelajar dan mahasiswa dari sekolah dasar sampai perguruan tinggi. Upaya yang dapat dilakukan pemerintah untuk mengurangi kerugian masyarakat terutama remaja

akibat rokok adalah dengan membuat kebijakan-kebijakan antara lain : 1) menggerakan praktisi kesehatan, pelaksana pelayanan kesehatan, profesi kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh pemuda dan organisasi kepemudaan, LSM pengiat kesehatan, pemerintah daerah, anggota dewan untuk menerapkan kawasan tanpa rokok; 2) membatasi pemasangan iklan rokok, terutama di lingkungan luar sekolah/kampus yang dapat dilihat secara langsung oleh pelajar dan mahasiswa yang sedang berada di lingkungan sekolah/kampus; 3) melarang guru, Dosen dan pegawai merokok dan memberi pengertian kepada siswa/mahasiswa untuk tidak merokok; 4) membatasi kesempatan merokok di tempat-tempat umum, kenderaan umum dan tempat kerja, karena pelajar, mahasiswa dan masyarakat lainnya yang berada ditempat umum; 5) tidak mencari sponsor dari perusahaan rokok, terutama kegiatan-kegiatan yang banyak melibatkan pelajar dan mahasiswa; 6) melarang dengan tegas pegawai yang merokok di lingkungan tempat kerja dan memberi contoh kepada masyarakat untuk tidak merokok.

Masyarakat Provinsi Bengkulu sangat mendukung DPRD Provinsi untuk dapat mengesahkan Peraturan Daerah (Perda) tentang Rokok dan Kawasan Tanpa Rokok. Isi Perda harus dapat membatasi sekecil mungkin ruang untuk masyarakat perokok terutama pejabat, tokoh masyarakat, pegawai yang menjadi panutan. Bupati Rejang Lebong dan Walikota Bengkulu juga telah menerbitkan peruturan tentang kawasan tanpa rokok tetapi belum efektif. Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu tentang Rokok dan

Kawasan Tanpa Rokok diharapkan dapat efektif dalam penerapan, perda dilengkapi dengan sanksi bagi pelanggar perda termasuk pejabat, pegawai negeri dan tokoh-tokoh masyarakat, karena orang-orang yang menjadi panutan ini yang banyak melanggar, seperti merokok di dalam gedung DPRD, Instansi pemerintah, mesjid, sekolah, kampus, rumah sakit dan puskesmas, sebelum memberi sanksi kepada msyarakat yang melanggar perda.

Marilah kita bersama pemerintah menerapkan kawasan tanpa rokok semaksimal mungkin sehingga, masyarakat dapat mengurangi dan menghilangkan kebiasaan merokok dan bagi yang tidak merokok terhindar menghirup asap rokok. Terutama remaja, usia produktif, dan masyarakat miskin.

KESEHATAN KERJA

Komitmen Institusi Pendidikan dalam Penerapan Budaya K3

Hanifa Maher Denny

Istilah Budaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) mulai mendapat perhatian tahun 1988 dalam laporan pertemuan untuk membahas kejadian bencana ledakan nuklir Chernobyl di Ukraina yang terjadi pada tahun 1986. *International Atomic Energy Agency* mengeluarkan prinsip dasar budaya K3 dalam *Safety Series* No. 75-INSAG-4, (IAEA, 1991). Di dalam publikasi tersebut di jelaskan bahwa budaya K3 merupakan kombinasi antara karakter dan sikap individu yang dilandasi oleh komitmen organisasi untuk selalu menempatkan keselamatan dan kesehatan kerja sebagai suatu nilai dan etika sehari-hari. Di Indonesia ajakan untuk

menerapkan budaya K3 mulai dicanangkan oleh Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi pada tahun 2012. Keberadaan undang-undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja dan Bab XII pasal 164, 165,166 dalam undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 merupakan rintisan yang mendasari aspek legal dalam penerapan K3.

Kampus sebagai salah satu tempat kerja diartikan sebagai suatu areal yang berisi gedung-gedung dengan berbagai fasilitas yang digunakan oleh semua unsur civitas akademika. Di dalamnya terdapat manusia yang bekerja yaitu tenaga akademis, administratif dan tenaga *support* maupun mahasiswa yang mempunyai aktifitas belajar mengajar dan berbagai aktifitas lainnya. Berbagai media cetak maupun *online* memuat berita peristiwa-peristiwa kebakaran yang terjadi di kampus ITB pada bulan tanggal 29 Juni 2013, kemudian disusul oleh kejadian kebakaran di kampus Universitas Negeri Makasar pada tanggal 7 November 2013. Kejadian kebakaran di kampus terjadi lagi pada tanggal 7 Januari 2014 tepatnya di gedung C Fisip UI. Kerugian materiil yang dialami mencapai ratusan juta sampai dengan milyaran rupiah. Belum lagi kerugian pada terhambatnya kegiatan akademik lainnya yang sering tidak dapat diukur secara sederhana. Dari kejadian-kejadian tersebut timbul pertanyaan: Sudahkah institusi pendidikan, khususnya kampus yang berbasis kesehatan berkomitmen menerapkan budaya K3 di kampus?

Menurut Geller, 1996 dalam bukunya yang berjudul: Bagaimana meningkatkan perilaku dan sikap di tempat kerja

menjelaskan bahwa penerapan budaya K3 memerlukan perhatian yang terus menerus dari aspek Manusia, Lingkungan dan Perilaku. Jadi berbicara budaya K3 di kampus tidak berhenti pada aspek pencegahan kebakaran saja. Coba kita perhatikan, bagaimana perilaku para pengendara kendaraan di lingkungan kampus? Sering penulis perhatikan bahwa ketika kita mengendarai mobil dan belok ke kiri, selalu ada saja pengendara sepeda motor yang menerobos dari kiri bahkan lari mendahului pas di tikungan jalan. Sulit dipahami bahwa akhir-akhir ini banyak pengendara sepeda motor yang berperilaku sangat membahayakan ketika mengemudi. Tanda kecepatan maksimal yang tertulis 30 km/jam pada lingkungan kampus sebesar Universitas Diponegoro sebagai contoh, seolah hanya merupakan tanda yang bisu dan tidak pernah digubris oleh penghuninya. Apalagi pada jam-jam sibuk pagi hari atau sore hari ketika pulang. Seolah-olah semua orang ingin berebut segera sampai tujuan.

Faktor risiko gangguan kesehatan, kebakaran maupun kecelakaan lainnya juga terdapat di lingkungan kampus. Laboratorium di lingkungan kampus merupakan fasilitas yang sangat memerlukan penerapan budaya K3. Sesuai peruntukannya, di dalam laboratorium terdapat risiko bahaya kimia, kebakaran, bahaya biologi dan penularan penyakit serta bahaya fisik yang berupa terpotong, tergores, terkena sengatan listrik dan sebagainya tergantung dari jenis laboratorium tersebut. Dari sisi bangunan gedung, berapa gedung-gedung kampus yang sudah melengkapi fasilitas K3?

Fasilitas K3 di lingkungan kampus sebenarnya harus dimulai dari gerbang pintu masuk sampai ke semua unit-unit terkecil di mana terdapat orang yang melakukan kegiatan.

Komitmen Manajemen

Komitmen manajemen dalam hal ini merupakan awal dari upaya penerapan budaya K3. Dalam organisasi kampus di Indonesia penerapan budaya K3 harus diawali dengan penandatangan komitmen penerapan budaya K3 dari rektor dan pimpinan di semua lini pada unit-unit organisasi di bawahnya. Melihat penerapan budaya K3 di Boston University dan merasakan berada di lingkungan kampus University of South Florida Amerika selama lebih dari 3 tahun, sangat terasa sekali bahwa kampus-kampus di Indonesia masih sangat tertinggal dalam penerapan budaya K3. Merujuk pada kedua institusi tersebut sangatlah jelas komitmen manajemen dalam penerapan budaya K3 merupakan langkah pertama yang harus di wujudkan. Hampir semua kampus-kampus besar di negara maju seperti Amerika, Australia dan Eropa sudah menerapkan budaya K3. Divisi K3 merupakan divisi tersendiri pada kampus-kampus tersebut. Divisi K3 pada umumnya mempunyai komitmen manajemen yang ditandatangani oleh "top manajemen" atau manajer teratas dalam organisasi universitas atau pendidikan tinggi. Di Indonesia berarti "Rektor" sedangkan "*President*" adalah sebutan yang dipakai di negara Amerika. Manajemen juga meliputi kebijakan dan peraturan.

Lingkungan

Fasilitas fisik kampus mulai dari perencanaan pembangunan gedung dari aspek yang memperhitungkan jumlah pengguna, seperti: jumlah dan jarak kamar mandi, tinggi anak tangga, lebar tangga, arah buka pintu ruangan yang menghadap keluar, ventilasi dan pengaturan suhu dalam ruangan, pencahayaan ruangan sesuai peruntukan pekerjaan, pemasangan instalasi pencegah dan pengendali kebakaran seperti detektor asap, sprinkel, alat pemadam api ringan (APAR), hidran. Tanda-tanda K3 yang meliputi rute jalur evakuasi, area titik kumpul dalam keadaan darurat, pemasangan tanda peringatan bahaya pada lokasi-lokasi tertentu seperti area genset, area laboratorium dan area pengolahan limbah juga merupakan unsur yang harus di penuhi. Kantin, ruang dapur, instalasi listrik dan fasilitas komunikasi juga harus memenuhi syarat K3. Pengembangan aplikasi prinsip ergonomi yang mempertimbangkan interaksi manusia dengan mesin, manusia dengan peralatan maupun tempat duduk yang dipergunakan adalah salah satu pengembangan K3 secara berkelanjutan.

Manusia

Strategi pendekatan manusia adalah pada penanaman perilaku sehat dan aman. Dengan upaya pelatihan serta di dukung peraturan yang ditegakkan maka akan terbentuk rasa percaya diri individu yang mempunyai keyakinan bahwa “saya dapat membuat perbedaan.” Proses

perkembangan diri ini dimulai dengan keyakinan: “saya bisa”, “saya terkendali”, “saya mengharapkan yang terbaik”, “saya berharga”, dan “saya adalah bagian dari tim,” (Geller, 1996). Tetapi harus diingat bahwa tanpa pengetahuan maka sikap dan tindakan seseorang terhadap K3 mungkin tidak seperti yang diharapkan. Kalau dalam diri sesorang tidak mengetahui atau merasa bahwa budaya K3 itu merupakan suatu nilai dan etika, maka budaya K3 akan sulit diterapkan. Untuk itu, pelatihan ataupun pendidikan penerapan budaya K3 harus diberikan. Hal ini dapat dilaksanakan dengan program orientasi K3 bagi karyawan dan dosen, mahasiswa baru dan semua orang yang melakukan kegiatan di lingkungan kampus, misal: para penyedia layanan kantin dan kegiatan lainnya. Pelatihan periodik tentang tanggap darurat dan pertolongan pertama.

Perilaku

Perilaku terbentuk dari pengetahuan, sikap dan praktek. Setiap orang yang memasuki lingkungan kampus mematuhi tanda keselamatan lalulintas, baik kecepatan maupun rute-rute yang diatur untuk lalu-lalang kendaraan. Parkir kendaraan pada area dan garis-garis pembatas yang disediakan. Masuk ruang dan berjalan di lingkungan kampus dengan memperhatikan tanda-tanda K3 atau “*safety signage*.” Sebelum bekerja di laboratorium, pastikan membaca prosedur kerja aman dan sehat di laboratorium. Semua orang mengetahui apa yang harus dilakukan bila ada keadaan darurat. Berperan aktif dalam upaya “*house-*

keeping" atau pemeliharaan kebersihan dan kerapihan kampus serta menerapkan pengaturan *lay-out* ruang kerja dosen dan karyawan maupun tempat duduk mahasiswa yang memudahkan untuk evakuasi bila terjadi keadaan darurat. Identifikasi bahaya, analisis risiko, pencatatan kecelakaan dan kesakitan yang terjadi di lingkungan kampus juga merupakan kegiatan yang berhubungan dengan perilaku K3.

Manfaat

Sisi manfaat dari penerapan budaya K3 adalah menghindari kecelakaan, kesakitan dan ketidaknyamanan yang diakibatkan oleh aspek internal individu dan eskternal di lingkungan kampus. Budaya K3 merupakan salah satu indikator yang digunakan dalam penilaian akreditasi institusi perguruan tinggi. Hal ini merupakan kemajuan berarti bagi upaya mendorong penerapan K3 di institusi perguruan tinggi. Mencegah terjadinya kebakaran serta menjaga lingkungan kampus supaya bersih, aman, sehat dan nyaman adalah wujud fisik manfaat budaya K3. Untuk itu, penerapan budaya K3 merupakan tanggungjawab bersama semua elemen dan tingkatan suatu organisasi institusi pendidikan tinggi.

Sebuah Renungan Bersama

Bagaimana dengan institusi pendidikan kesehatan masyarakat sendiri dalam penerapan budaya K3? Keberadaan institusi pendidikan kesehatan masyarakat, seperti Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) dan STIKES, yang salah satu keilmuannya adalah K3, sepatutnya menjadi pelopor dalam penerapan K3 di institusi pendidikan. Namun, dari sekian ratus institusi pendidikan kesehatan masyarakat, kondisinya hampir serupa bahwa penerapan budaya K3 masih belum memenuhi standar.

Berbeda dengan standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012, yang telah mengatur secara spesifik penerapan K3 di Rumah Sakit, dalam standar akreditasi institusi pendidikan kesehatan oleh BANPT dan LAMPTKES, tidak diatur secara spesifik standar penerapan K3 di institusi. Namun dalam standar akreditasi versi *Asian University Network* (AUN), telah tertuang standar K3.

Keberadaan institusi pendidikan kesehatan masyarakat sebagai *agent of change* dalam penerapan budaya K3. Marilah kita memulai merubah wajah institusi pendidikan kesehatan masyarakat dengan wajah yang lebih '*safety*', dengan menerapkan kelimuan yang dimiliki dan mengimplementasikan standar akreditasi pendidikan versi AUN.

Selamat berkarya!

EPILOG

Memaknai #SKMuntukRepublik

Purwo Setiyo Nugroho
Agus Samsudrajat S.

Sembilan Agenda Prioritas "Nawacita"

Dalam upaya penguatan perubahan untuk Indonesia yang berdaulat, mandiri dan berkepribadian, maka dalam Kabinet Pemerintahan Presiden Joko Widodo yang tergabung dalam Kabinet Kerja, dirumuskan sembilan agenda prioritas yang disebut NAWACITA. Kesembilan prioritas itu adalah sebagai berikut:

a. Menghadirkan kembali Negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga negara

b. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintah yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya
c. Membangun Indonesia dari pinggiran dangan memper-kuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan
d. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya
e. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia
f. Meningkatkan produktivitas rakyat dan daya saing di pasar internasional
g. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerak-kan sektor strategis ekonomi domestik
h. Melakukan revolusi karakter bangsa
i. Memperteguh ke-Bhinekaan dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

Dalam kesembilan agenda prioritas pemerintahan di atas, secara tersirat terdapat upaya-upaya pembangunan dalam sektor ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan kesehatan. Upaya pemerintah ini ditujukan untuk mening-katkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia yang masih tergolong rendah. Indonesia saat ini menempati urutan ke 107 dari 170 negara, hal ini menggambarkan bahwa kualitas Sumber Daya Manusia Indonesia masih tergolong rendah.

Terdapat tiga poin IPM sebagai tolok ukur kemajuan suatu Negara, antara lain pendidikan, kesehatan dan pengeluaran (ekonomi). IPM memiliki manfaat berikut ini bagi negara:

a. IPM merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk)
b. IPM dapat menentukan peringkat atau level pembangunan suatu wilayah/negara
c. Bagi Indonesia, IPM merupakan data strategis karena selain sebagai ukuran kerja pemerintah, IPM juga digunakan sebagai salah satu alokator dalam penentuan Dana Alokasi Umum (DAU).

Pembangunan Kesehatan Berwawasan “Nawacita”

Pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia berdasarkan Nawacita, setidaknya dapat tercermin dalam poin ke-tiga dan ke-lima yakni:

a. Membangun Indonesia dari pinggiran dangan memper-kuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.

   Desa merupakan akar pemerintahan terkecil dalam sebuah negara dan menjadi ruh sebuah negara untuk menuju negara yang maju. Desa yang sehat akan mempengaruhi kecamatan yang sehat, kecamatan yang sehat akan mempengaruhi kabupaten yang sehat, kabupaten yang sehat akan mempengaruhi provinsi yang

sehat serta provinsi yang sehat akan mempengaruhi derajat kesehatan negara Indonesia. Pentingnya pembangunan kesehatan ditingkat desa seharusnya menjadi hal yang wajib untuk mendapat perhatian lebih para pembuat kebijakan.

Hadirnya UU Desa menjadi angin segar bagi pembangunan desa dan pembangunan kesehatan pada khususnya. Pembagian alokasi dana kesehatan pada desa tergantung pada *Policy Maker*, sebagai contoh di Kabupaten Wonosobo yang memiliki sebuah Peraturan Daerah yang mengharuskan alokasi untuk kesehatan di tingkat daerah sebesar 10% dari APBD. Untuk pengalokasian dana kesehatan di tingkat desa yang tertulis dalam APBDes, mengacu pada APBD dan APBN.

Menjadi tugas bersama bagaimana menciptakan keserasian program antara Daerah dan Pusat karena kewenangan dalam desentralisasi mencakup semua aspek dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian hingga evaluasi.

b. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia

Dua beban ganda (*double burden*) kesehatan di Indonesia menjadi perhatian lebih bagi pemerintah, ditambah lagi penyakit *Re-Emerging Disease* mulai muncul di Indonesia yang mebuat beban negara bertambah dengan hadirnya penyakit lama yang muncul kembali pada kondisi saat ini. Hal ini menyebabkan munculnya istilah baru dalam beban kesehatan negara, yakni *triple burden disease.*

Konsep HL. Blum mengungkapkan bahwa munculnya sebuah penyakit dikarenakan adanya empat faktor yang berpengaruh, yakni genetik, perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Dalam peningkatan upaya kesehatan harus dimulai dari kualitas pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia khususnya pada penguatan sumber daya manusia. Sebagaimana yang disampaikan WHO, bahwa 80% keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh sumber daya kesehatan.

Rencana Strategis Kemenkes 2015-2019

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 yang diperkuat dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2005-2025 bidang kesehatan, nampak adanya penguatan pada sektor promotif dan preventif yang notabene menjadi upaya kesehatan berbasis masyarakat mengedepankan pemberdayaan masyarakat.

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan melakukan revitalisasi fungsi Puskesmas. Dalam revitalisasi fungsi Puskesmas tersebut terdapat 5 poin yang menjadi fokus utama Kementerian Kesehatan yakni:

a. Peningkatan Sumber Daya Manusia
b. Peningkatan kemampuan teknis dan manajemen Puskesmas
c. Peningkatan pembiayaan

d. Peningkatan Sistem Informasi Puskesmas
e. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas



Gambar 1. RPJMN 2005-2025
Sumber: Kementerian Kesehatan RI.

Sekali lagi, aspek peningkatan sumber daya manusia menjadi suatu hal terpenting. Melalui upaya peningkatan sumberdaya manusia yang tertuang dalam renstra tersebut, terdapat 5 jenis tenaga kesehatan yang menjadi prioritas yakni tenaga kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan analis kesehatan.

#SKMuntukRepublik

Sebagaimana diulas sebelumnya, bahwa upaya promotif dan preventif menjadi hal yang wajib untuk dilaksanakan dan menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan. Seakan menegaskan kembali adagium *"Prevention is always better"*.

Upaya promotif dan preventif yang efektif sebaiknya melibatkan masyarakat, sebab dengan adanya keterlibatan dan pemberdayaan masyarakat ini dapat menciptakan masyarakat yang mandiri dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Tetapi karena tingkat pendidikan dan pengetahuan masyarakat yang berbeda beda, maka dari itu perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan dan pendampingan masyarakat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan yang dibutuhkan menjalankan peran tersebut adalah tenaga kesehatan teknis yang dibekali melakukan aktifitas di masyarakat, dalam hal ini adalah Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Seorang SKM dinilai tepat dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan di tingkat dasar, sebab seorang sarjana memiliki 4 dimensi keluaran yang dimiliki.

Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) muncul untuk menjawab tantangan kesehatan masyarakat berbasis komunitas, dengan menguasai 8 bidang ilmu yang terdapat pada dasar ilmu SKM. Dalam Naskah Akademik Kesehatan Masyarakat, seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat memiliki 8 kompetensi utama yakni:

a. Mampu melakukan kajian dan analisis situasi
b. Mampu mengembangkan kebijakan dan Perencanaan Program
c. Mampu berkomunikasi secara efektif
d. Mampu memahami budaya setempat
e. Mampu melaksanakan pemberdayaan Masyarakat

f. Memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat
g. Mampu dalam merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen
h. Memiliki kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem.

Dengan berbagai dimensi, keilmuan, ruang lingkup dan kompetensi yang dimiliki SKM, maka kita harus memiliki kepercayaan diri bahwa keberadaan SKM akan mampu menjawab tantangan kesehatan bangsa saat ini dan akan datang.

Sehingga tidaklah berlebihan, bila kawan-kawan SKM yang bergabung dalam *Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI)* membulatkan tekad mengusung jargon "#SKMuntukRepublik" dalam visi organisasi dan mengkampanyekan dalam setiap kegiatan-nya. Taggar #SKMuntukRepublik tidak sekedar retorika belaka, namun menjadi semboyan dan penyemangat bagi SKM di Republik ini untuk mengabdi dan memberikan yang terbaik bagi Republik tercinta.

Keberadaan SKM saat ini telah mencapai ribuan dan tersebar di seluruh pelosok negeri. Dengan segala keterbatasan yang dimiliki, Sarjana Kesehatan Masyarakat adalah bagian dari tenaga kesehatan (masyarakat) sebagaimana tertuang dalam amanat Undang-Undang (UU) Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, yang wajib berkontribusi terhadap perbaikan kondisi kesehatan bangsa ini.

1001 Alasan #SKMbersatu

Agus Samsudrajat S.

Mungkin ada diantara pembaca yang belum tahu apa itu tagar, ya tagar itu 'tanda pagar' (#) yang lebih banyak akrab digunakan di dunia social media (twitter) untuk membuat suatu topik dan mempermudah pencariannya.

Pada kesempatan ini, perkenankan kami menceritakan ikhwal pertama kali inisiatif tagar #SKMbersatu dibuat dan alasan yang mendasari dibuatnya tagar tersebut. Tepatnya tagar ini kami buat setahun yang lalu, dan kami menginisiasi membuatnya sebagai *typography* di *Display Picture*. Tujuan tagar ini adalah untuk menggairahkan rasa persatuan dan

mengumpulkan rekan-rekan S.KM di seluruh nusantara agar tercipta rasa semangat kekeluargaan.

Tentu kita ingat dengan dengan istilah “Bersatu kita Teguh, Bercerai kita Runtuh?” Bahkan Allah SWT pun meminta kita supaya selalu berserikat dan bersatu untuk saling membantu dan tolong menolong. Salah satu ayat dalam Al Qur’an, tepatnya dalam surat Ar-Ra’ad ayat 11 yang artinya, “*Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum kecuali kaum itu sendiri mengubah nasibnya*”, ayat ini sejatinya adalah nasihat yang universal, termasuk ditujukan kepada SKM di seluruh penjuru negeri.

Sebagaimana halnya dengan semua jenis profesi atau tenaga kesehatan yang sejenis dalam berhimpun, bersatu padu memikirkan jati diri, pengembangan kualitas dan generasi sesama, maka alasan #SKMbersatu berikutnya adalah, “Ingatkah sudah berapa lama umur FKM/SKM di Indonesia?” Sejarah mencatat sudah hampir 50 tahunan negeri ini melahirkan SKM dengan 170 lebih institusi pendidikan pencetak SKM, tapi tahukah anda seberapa banyak pemerintah terutama sekor kesehatan memberdayakan/mendayagunakan SKM sebagai aset tenaga kesehatan utama/strategis dalam pembangunan kesehatan, khususnya peningkatan upaya kesehatan masyarakat?

Pembangunan kesehatan bangsa saat ini masih menempatkan aspek kuratif dan rehabilitatif sebagai prioritas, karena itu tidaklah mengherankan bila pemerintah lebih gemar dengan program memprioritaskan penambahan tenaga kuratif daripada tenaga kesehatan masyarakat. Pada

masa lalu, kita mengenal program Bidan PTT dan dokter/dokter gigi PTT, meski saat ini pemerintahan Jokowi mulai mengenalkan program Nusantara Sehat, dengan melibatkan tenaga kesehatan berbasis tim yang ditempatkan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DPTK).

Ingatkah anda ketika awal januari 2015 lalu dalam penataan nomenklatur gelar lulusan program studi kesehatan masyakat yang awalnya SKM berubah jadi S.Kes (Sarjana Kesehatan)? Padahal dalam pengajuan resminya, tetap menggunakan gelar SKM. Saat itu ribuan SKM bersatu mendesak untuk tetap dengan gelar semula dengan gerakan bersama melalui petisi *online* (*via* change.org) untuk membatalkan gelar tersebut.

Hasilnya, *alhamdulillah* desakan para #SKMbersatu didengar oleh pemerintah (Dirjen Dikti), sehingga gelar lulusan program studi kesehatan masyarakat tetap SKM. Bayangkan jika para SKM di negeri ini hanya diam dan menerima kebijakan yang ada, bisa jadi SKM hanya akan tinggal kenangan. Tidak ada yang dapat menjamin bahwa SKM di Indonesia ini akan besar, berkembang dan semakin profesional kecuali jika #SKMbersatu.

Setelah sekian lama SKM ada di negeri ini, pernahkah anda tahu berapa banyak Undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan menteri, dan peraturan lainya yang mengatur tentang hak dan kewenangan SKM selama ini? Apakah uji kompentensi dibutuhkan oleh para SKM? Perlukah STR bagi SKM? Apakah SKM itu salah satu tenaga vokasi atau profesi? Jika salah satu dari kedua jenis tenaga

itu lalu yakinkah anda secara tersurat dan tersirat, SKM sudah masuk dalam Undang-undang Tenaga Kesehatan? Tahukah anda tentang pendidikan profesi SKM dan keberlanjutanya?

Kita hanya bisa menjawab berbagai pertanyaan di atas bila kita mempunyai kepekaan, rasa memiliki, rasa kebersamaan dan rasa bersatu. Kita memahami bahwa dengan #SKMbersatu saja belum tentu akan mampu & cepat menata sistem pendidikan dan sistem regulasi, apalagi jika kita acuh tak acuh dan tidak mempedulikan bagaimana SKM ke depan.

Pernahkah anda bandingkan satu FKM dengan FKM lainya sejak dulu hingga sekarang? satu prodi dengan prodi kesehatan masyarakat dari institusi lainya apakah memiliki peminatan yang sama atau berbeda? Apakah memiliki kompetensi & gelar yang sama atau berbeda? Mungkin pertanyaan ini terlihat sepele, tapi bayangkan dan yakinkan diri anda ketika yang sepele ini adalah bibit alias benih SKM yang merupakan bagian vital sebuah input dari sistem pendidikan nakes, sistem pembangunan negeri ini. Jika sistem produksinya saja berbeda beda, mungkinkah hasilnya akan sama dan bisa disamakan?

Perbaikan input dan proses dalam menghasilkan lulusan SKM adalah sebuah keniscayaan. Sekian banyak SKM di negeri ini tidak akan terlihat, jika para penghasil SKM bergerak dan berjalan semaunya sendiri, dan mungkin akan hilang. Pada titik inilah, pentingnya #SKMbersatu, setidaknya

memberikan saran dan kontribusi perbaikan dalam input dan proses tersebut.

Beberapa alasan yang diuraikan di atas menjadi pembuka 1001 alasan lain tentang penting tidaknya #SKMbersatu. Menjadi tugas kami dan pembaca bersama untuk mencari dan menuliskan alasan alasan lain sebagai bentuk upaya komunikasi membangun jati diri sesama SKM di negeri ini. Ada kalimat yang penting untuk direnungkan bersama, *“Memperjuangkan kesehatan masyarakat itu bisa di mana saja, kapan saja dan dengan siapa saja, bahkan hal itu sudah pernah dilakukan sebelum ada SKM”, memperjuangkan ‘kesehatan masyarakat’ belum tentu memperjuangkan keberadaan, kesejahteraan & pengembangan “SKM”.*

Tetapi Memperjuangkan “SKM” sudah jelas arah tujuannya ialah untuk memperjuangkan upaya kesehatan masyarakat karena senjata utama & satu satunya yang dimiliki “SKM” adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat (Promotif & Preventif), tanpa kuratif & rehabilitatif.

Demikianlah, akhirnya tagar #SKMbersatu sebagai tagar persatuan SKM di nusantara. Sebagai isyarat perjuangan, yang semakin lama bisa menggairahkan moralitas kita untuk tidak hanya eksklusif ke dalam tetapi inklusif berkarya bagi republik tercinta.

Salam juang Sehat,
Salam Juang #SKMbersatu!

TENTANG PENULIS

AGUS WIDJANARKO



Lahir di Surabaya 47 tahun lalu. Menyelesaikan pendidikan sarjana pada FKM Unair tahun 1991. Menempuh pendidikan pasca sarjana dan lulus tahun 2000 dari Program Studi S2 Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM. Pendidkan profesi Ahli Asuransi Kesehatan diperoleh dari Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI) tahun 2014.

Dari tahun 1992 hingga 2003 bertugas pada Pemerintah Kabupaten Musi Rawas, Sumatera Selatan dengan beberapa medan pengabdian, baik di Puskesmas maupun Dinas Kesehatan. Sekarang berdinas pada Pemerintah Kota Pasuruan. Sejak tahun 2003 sampai saat ini telah ditugaskan pada beberapa satuan kerja, Dinas Kesehatan, RSUD serta Badan PPKB.

Mulai tahun 2009 hingga kini menjadi Ketua Perhimpunan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Cabang Kota Pasuruan. Tahun 2012-2015 menjadi Ketua Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) Cabang Kota Pasuruan. Sejak tahun 2014 didaulat sebagai Penanggung Jawab Perhimpunan Sarjana

Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI) Cabang Kota Pasuruan.

Sempat pula berkiprah di dunia kepanduan, khususnya pada Satuan Karya (Saka) Bakti Husada dengan menjadi Ketua Saka untuk Kota Pasuruan pada masa 2000-2013. Di samping itu, pada tahun 2014 juga mengemban tugas sebagai Dewan Konsultatif Lembaga Perlindungan Anak (LPA) Kota Pasuruan dan LPA Kabupaten Pasuruan (2015).

Menulis merupakan hobi penulis dan kian terasah setelah duduk di bangku kuliah. Opini pertamanya dimuat di Harian Sore Surabaya Post pada akhir dekade 80-an. Saat bertugas di Sumatera Selatan, juga pernah menulis untuk Koran Sriwijaya Post dan Sumatera Ekspres. Hingga saat ini tulisannya berserakan di media massa, baik lokal, regional dan nasional.

Untuk sarana korespondesi melalui:
E-mail : aguswi.68@gmail.com
Twitter : @aguswi68

YANDRIZAL



Yandrizal lahir di Banda Aceh pada tahun 1967, Tamat dari SMA Negeri 1 Banda Aceh tahun 1985 dan melanjutkan pendidikan pada Akademi Penilik Kesehatan Padang (Sekarang Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Padang) tahun 1985-1988. Pada tahun 1990 bertugas sebagai Staf Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu sampai 2015. Pada Tahun 1994-1996 mengikuti tugas belajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, Tahun 2000-2001 mengikuti pendidikan pada Paspasca Sarjana Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogjakarta.

Selain bertugas pada Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, mulai tahun 2001 sampai sekarang menjadi dosen tetap yayasan pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu.

Selama menjadi mahasiswa FKM aktif mengikuti kegiatan kemahasiswaan dan ditunjuk sebagai Sekretaris Senat Mahasiswa FKM Undip tahun 1995 dan aktif pada Korps Suka Rela, karena sebagai SKM harus mempunyai

keteranpilan tambahan untuk berada di tengah masyarakat seperti korps Suka Rela.

Jaminan Kesehatan yang diawali dengan disahkan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Penulis tertarik mendalami dengan mengikuti profesi asuransi kesehatan dan menjadi anggota Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia pada tahun 2006. Pemerintah perlu membuat kebijkan yang pro masyarakat dan masyarakat harus memahami jaminan kesehatan, untuk hal ini kita perlu melakukan sosialisasi antara lain menyampaikan opini melalui media masa, temu ilmiah.

Kesehatan masyarakat merupakan fokus utama kita untuk lebih menyehatkan masyarakat, mengefisiensikan jaminan kesehatan. Penulis merasa tertarik untuk melakukan kajian tentang kesehatan masyarakat dan jaminan kesehatan. Opini dan artikel yang Penulis kaji mengetahui untuk mempelihatkan peran kesehatan masyarakat. Tulisan opini telah dimuat pada harian Rakyat Bengkulu di Provinsi Bengkulu dan Harian Haluan di Sumatera Barat serta menjadi penyaji pada Forum Nasional Kebijakan Kesehatan Indonesia IV di Kupang, V di Bandung, VI di Padang. Artikel penelitian telah diterbitkn pada Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Jurnal Kesehatan Andalas.

Penulis pernah bertugas di Balai Pelatihan Kesehatan Bengkulu UPTD Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu pada tahun 1992-1999, dan sedang mengikuti pendidikan pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang, Mempunyai Istri Desri Suryani dan tiga anak

bernama M. Rizqi Yandrizal, M. Ilham Yandrizal dan Aisyah Wahyuni Yandrizal. Semoga hal ini dapat memicu untuk mengembangkan upaya kesehatan masyarakat agar dapat lebih menyehatkan masyarakat.

Untuk sarana korespondesi melalui:

Alamat Rumah	: Jl. Alkausar No. 33 RT 10 Perum Gading Batara Permai Kelurahan Lingkar Barat Kota Bengkulu
Alamat Kantor	: 1. Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu Jl. Indagiri No 1 Padang Harapan Bengkulu 2. Kampus II Universitas Muhamadiyah Bengkulu, Fakultas Ilmu Kesehatan Jl. Salak Raya Lingkar Timur Bengkulu
Email	: yandrizal67@yahoo.co.uk

AGUS SAMSUDRAJAT S.



Agus Samsudrajat S., lahir di Sintang 3 februari 1987. Penulis yang satu ini dilahirkan dan dibesarkan ketika listrik belum masuk di desanya hingga beranjak remaja dan lulus dari MAN Sintang Kalimantan Barat tahun 2004. Setelah itu penulis memutuskan untuk melanjutkan pendidikan Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) yang secara sah mendapatkan gelar SKM Januari 2010.

Penulis adalah mahasiswa angkatan pertama SKM di UMS, yang di sela-sela perkuliahannya juga menyibukkan diri menjadi aktivis kampus. Adapun perjalanannya, pernah menjabat sebagai Ketua Umum Himpunan Mahasiswa Program Studi (HMP) Kesehatan Masyarakat UMS pertama (2004), Pernah menjadi anggota team relawan monitor independen Pekan Imunisasi Nasional dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2005, Ketua UKM (Unit Kegiatan Mahasiswa) Penelitian Fakultas Ilmu Kesehatan (FIK) UMS 2006/2007, Kepala Bidang Pendidikan dan Penalaran BEM FIK UMS 2007/2008. Kemudian tahun 2008/2009 penulis juga termasuk menjadi mahasiswa yang berhak mendapatkan beasiswa aktivis dari Rektor UMS saat itu.

Saat mahasiswa hingga berhak menyandang SKM, penulis aktif menulis berbagai artikel ide/opini di berbagai media cetak maupun media online. Penulis juga banyak terjun aktifdi bidang penelitian, akademisi hingga praktisi. Mulai dari asisten peneliti Direktur *IHEPS (Intitute for Health Economic & Policy Studies)* bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS), Enumerator RISKESDAS 2010 & 2013, kemudian sempat menjadi dosen tetap prodi kesmas, pernah menjabat Sekretaris prodi Kesehatan Masyarakat, Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat, & Pembantu Ketua III Bidang Kemahasiswaan di salah satu perguruan tinggi swasta di Kalbar sampai tahun 2012.

Setelah itu penulis kembali ke Jawa dan sejak 2012-2014 aktif di LSM (NGO) Persada mitra CSR Unilever sebagai koodinator dan pendamping program promosi dan pemberdayaan kesehatan masyarakat untuk Desa/Kelurahan Sehat, Sekolah Sehat, yang akhirnya bisa mengantarkan sekolah binaannya menjadi yang terbaik tingkat provinsi bahkan terbaik nasional.

Selain Penerima piagam penghargaan sebagai motivator kreatifitas anak dalam rangka *person care of child* 2014 dari Komunitas Peduli Anak Kreatif Surakarta, Penulis juga adalah penggagas & pengembang program *"Satu SKM Satu Desa/Kelurahan untuk Indonesia Sehat"* bersama dengan team Koalisi Indonesia Sehati (Sehat Sejahtera Mandiri) & para tokoh penggiat kesehatan masyarakat PERSAKMI. Saat ini penulis tercatat aktif sebagai mahasiswa

akhir program pasca sarjana/S2 MIKM di Universitas Dipenogoro konsentrasi/minat Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Penulis dengan identitas penduduk warga Sintang Kalimantan Barat yang punya motto, membuat tapak jejak dengan berpijak secara bijak dimanapun kaki beranjak, kini hidup bahagia bersama istri dan seorang anak laik-laki yang setelah selesai pendidikannya berencana kembali ke kampung halaman untuk berkarya sebagai akademisi dan praktisi.

Untuk sarana korespondesi melalui:
Email : samsoe.skm@gmail.com
samsoe_skm@yahoo.co.id
Facebook : Agus Samsudrajat S
(samsoe_skm@yahoo.co.id)
Twitter : https://twitter.com/agus34drajat
Blog : https://agus34drajat.wordpress.com
Kompasiana : http://www.kompasiana.com/agus34drajat

BUDIONO DARMADJI



Budiono, S.KM, terlahir di Bojonegoro pada tanggal 16 Juli 1980. Menamatkan pendidikan SD-SLTA di Bojonegoro, kemudian menyelesaikan Pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Airlangga pada tahun 2003. Saat ini sedang menempuh pendidikan di Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Minat Studi Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit FKM Universitas Airlangga.

Beragam kursus dan pelatihan telah diikuti baik saat Mahasiswa atau setelah lulus kuliah, khususnya tentang Kepemimpinan, analisis data, Marketing maupun Perumahsakitan. Ayah dua anak yang gemar menulis ini juga aktif diberbagai organisasi: Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (ISMKMI), Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI), *Markplus Institute*, *Support Group* Mantan Penderita Kanker Payudara, dan *Hospital Marketing Community*.

Pengalaman kerja setelah lulus kuliah (2003 – 2005) sebagai Asisten Peneliti di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Universitas AirIngga. Tahun 2005 –

2006 sebagai Asst. Manager HRD & GA pada PT Kelola Mina Laut (Perusahaan *Export Seafood*). Tahun 2006 – saat ini Staff di Rumah Sakit Onkologi Surabaya dan pernah menduduki jabatan sebagai Litbang, Kepala Departemen Pengembangan Bisnis, dan posisi jabatan saat ini sebagai Sekretaris Perusahaan.

Penghargaan yang pernah diraih: sebagai mahasiswa unggulan Universitas Airlangga (2001-2002), Mahasiswa Berprestasi FKM Universitas Airlangga tahun 2001.

Untuk sarana korespondesi melalui:
Email : budiono@darmadji.com

ILHAM AKHSANU RIDLO



Lahir 23 Maret 1986 di Lamongan. Tahun 2004 memulai menempuh pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga, kemudian melanjutkan ke pendidikan S2 di prodi Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Universitas Airlangga dengan konsentrasi di Manajemen Kesehatan yang diselesaikan pada tahun 2011

Setelah mendapat gelar M.Kes, Agustus 2011 bergabung di Rumah Sakit Bedah Surabaya dipercaya untuk memegang jabatan sebagai Kepala Penelitian dan Pengembangan Bisnis. Tahun 2015, Ilham kembali ke dunia akademisi menjadi Dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga. Almamater yang memberikannya ilmu. Ilham kembali mengabdi sebagai Dosen untuk memenuhi Passion-nya sebagai pengajar dan pembelajar.

Saat ini terlibat aktif sebagai Ketua PERSAKMI (Perhimpuan Sarjana Kesehatan Masyarakat) Cabang Kota Surabaya, sebagai Sekretaris Umum Ikatan Alumni FKM UNAIR. Pelatihan yang pernah diikuti diantaranya *District Health Management Course*, *Workshop* Asesor Internal Akreditasi Rumah Sakit, Pelatihan Kesehatan dan

Keselamatan Kerja Rumah Sakit, *Workshop Global Health True Leader*, dan *Workshop* Peningkatan Mutu dan Keselamatan Rumah Sakit. Kajian ilmu yang diperdalam adalah mengenai kebijakan kesehatan (*health policy*) khususnya Mutu pelayanan kesehatan (*healthcare quality*). Sebagai seorang *netizen* dan *blogger*, Ilham juga mempunyai kajian khusus tentang media sosial dan teknologi dalam mendukung gerakan kesehatan masyarakat yang dinamai Public Health 2.0.

Untuk sarana korespondesi melalui:
Email : ilham.net@gmail.com
Facebook: https://www.facebook.com/iaridlo
Twitter/Instagram: @iaridlo
Website : http://iaridlo.co
Blog : https://unair.academia.edu/IlhamAkhsanuRidlo

HANIFA MAHER DENNY



Hanifa Maher Denny memperoleh gelar SKM dari Universitas Diponegoro Semarang Indonesia. Gelar master MPH didapatkan dari University of the Philippines Manila. Sedang gelar dioktoral Ph.D. didapatkan dari University of South Florida Amerika Serikat. Selain itu penulis juga memperoleh pendidikan profesi dari Swedia dan Jerman.

Keilmuan yang ditempuh penulis dari pendidikan S1, S2, S3 maupun pendidikan profesi adalah bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang terfokus pada Ilmu Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Lebih lanjut penulis memperdalam bidang Kesehatan Kerja untuk para pekerja di industri kecil dan sektor informal, serta mengembangkan berbagai kebijakan dalam bidang tersebut.

Saat ini penulis adalah dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro yang sedang di beri amanah mengemban jabatan Dekan pada institusi tersebut untuk periode tahun 2015 sd. 2019. Selain aktif sebagai ketua Umum Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia, penulis juga menjadi konsultan kesehatan kerja di Kementerian Kesehatan RI., GTZ, *International Labour*

Organization (ILO) dan *World Health Organization* (WHO). Kiprah nasional lebih banyak pada penggerakan peningkatan kualitas pendidikan di Prodi Kesehatan Masyarakat di berbagai universitas dan stikes di Indonesia. Sedangkan kiprah internasional meliputi kegiatan-kegiatan di *Institute of Medicine* (IOM) Washington DC., University of South Florida, WHO dan *International Commission on Occupational Health* (ICOH).

ORYZ SETIAWAN



Oryz Setiawan lahir di Tuban, 2 Juni 1976, anak pertama dari tiga bersaudara. Awal menamatkan sekolah di SDN Maibit 1 Rengel Tuban (1982-1988), SMP Negeri Bangilan Tuban (1988-1991), SMA Negeri 1 Tuban (1991-1994). Jenjang Perguruan Tinggi di Diploma III Radiologi FK Unair (1994-1997) dan S1 FKM Unair (1996-2002).

Penulis setelah tamat Diploma sempat bekerja di klinik swasta dan RSI Surabaya (1999-2006) sambil menamatkan jenjang S1. Juga bergerak dalam bidang jurnalistik di media kampus (Tabloid RESEARCH Lemlit Unair 1999-2002), Wartawan HARIAN SURYA dan aktif menulis di berbagai media lokal hingga nasional (Media Indonesia, Republika, Surabaya Post, Metropolis Jawa Pos, Jawa Pos Nasional, Suara Karya, Suara Pembaruan, Kompas Jatim, Surya, Radar Surabaya, Radar Bojonegoro, Bhirawa) dan Kontributor Buletin Kependudukan Jawa Timur hingga saat ini.

Pada tahun 2006 diterima sebagai PNS Kab. Bojonegoro di Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro hingga Januari 2014. Mulai Pebruari 2014 hingga sekarang

dialihtugaskan menjadi auditor di Inspektorat Kabupaten Bojonegoro. Penulis memiliki seorang isteri Setyati Rahayu, SE seorang pendidik dan seorang anak perempuan Aiya Setya Kirana 6 tahun.

Untuk keperluan korespodensi dapat melalui alamat email:
- oryz.setiawan2008@gmail.com
- oryz_setiawan@yahoo.com

PURWO SETIYO NUGROHO



Purwo Setiyo Nugroho lahir di Kotawaringin Barat, 31 Oktober 1993. Anak pertama dari 2 bersaudara ini menamatkan pendidikan di SDS. Base Camp Palikodan, Kalimantan Tengah (1999-2005), SMPN 1 Saradan Madiun (2005-2008), SMAN 2 Mejayan Madiun (2008-2011), S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta (2011-2015). Pada September 2015, penulis mulai menempuh Magister Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Semasa bangku perkuliahan Sarjana, penulis aktif di beberapa organisasi kegiatan kemahasiswaan yakni Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah, Ketua Umum Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta, BEM Fakultas Ilmu Kesehatan UMS, BEM Universitas Muhammadiyah Surakarta, serta menjadi Badan Pengurus Harian Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (ISMKMI) Wilayah 3 (Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTT, NTB).

Selain aktif di organisasi, penulis juga aktif dibeberapa gerakan diskusi ke SKM-an dibeberapa

Universitas maupun Sekolah Tinggi Kesehatan Masyarakat di Jawa Tengah, Jawa Timur, Yogyakarta dan Jakarta, penulis juga aktif menulis opini mengenai kesehatan masyarakat di media sosial (Facebook, Twitter, Kompasiana maupun *blog*). Beberapa pelatihan juga pernah diikuti penulis dalam rangka pembentukan *softskill* dan karakter kesehatan masyarakat, antara lain:

1. Pelatihan Entomologi yang diselenggarakan oleh B2P2VRP Salatiga
2. Pelatihan Konselor Berhenti Merokok yang diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah
3. Pelatihan Sosialisasi Bahaya Narkoba yang diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah
4. Pelatihan Asisten Laboratorium Mikrobiologi, yang diselenggarakan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat UMS
5. Pelatihan Asisten Laboratorium Parasitologi, yang diselenggarakan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat UMS.

Untuk sarana korespondesi melalui:

Email : purwo.skm@gmail.com
Facebook : Purwo Setiyo Nugroho
Twitter : purwo_setiyo
IDLine : purwo_setiyo

Buku yang disusun sebagai bunga rampai gugus opini ini mencoba menyampaikan alternatif pemikiran dan urun rembug terhadap fenomena dan permasalahan yang terjadi dalam ranah kesehatan di republik ini. Uraian yang terkadang tidak melulu dalam sudut pandang kesehatan, tetapi lebih kepada pendekatan yang lebih utuh, lebih komprehensif, lebih sistemik, atau justru terkadang nyleneh, di luar arus pemikiran mainstream yang sudah ada sebelumnya.

SKM untuk Republik!

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat



